FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N° 294

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DU

Cul-de-Sac de Douglas chez la Femme

PAR

Georges LEMAIRE

Né à Paris le 20 octobre 1880

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne des Hôpitaux de Versailles

Médaille de bronze.

Ancien assistant en chirurgie de l'Hôpital de Sadiki (Tunis).

Président : M. SEGOND, professeur.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les divers parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND, PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchement	PINARD, BAR, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZAR	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANÇON FERN.	GOSSET	LŒPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE Dr EUGÈNE LEMAIRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

Témoignage de ma profonde affection

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHASSAING

Qui m'a fait ce que je suis

MEIS ET AMICIS

A MON ÉMINENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE LA SALPÉTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Introduction

Pendant les cinq premiers mois de notre séjour à l'hôpital Sadiki de Tunis, ayant le devoir d'assurer le service des consultations externes qui sont très chargées, nous avons été frappé du nombre considérable de kystes hydatiques observés chez les indigènes et de la multiplicité des localisations de cette affection.

Nous avons encore présent à la mémoire le cas de ce jeune arabe que nous opérions un jour pour un sarcome de l'œil gauche alors que c'était un kyste hydatique de la chambre postérieure.

Nous avons eu également l'occasion d'opérer avec notre excellent ami, M. le Dr Plantard, une femme indigène qui avait un kyste hydatique volumineux du cul-de-sac de Douglas, paraissant primitif.

C'est ce qui nous a donné l'idée d'étudier particulièrement les kystes hydatiques de cette région.

Cette localisation importante n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser et offre beaucoup d'intérêt. Malgré les difficultés que présente le sujet, nous serions heureux d'avoir pu contribuer, dans une faible part, à mettre cette question au point.

Avant de commencer notre travail, nous ne saurions oublier qu'il nous fournit l'occasion de remplir un devoir bien doux, celui de témoigner publiquement à nos maîtres notre profonde reconnaissance.

Nous remercions d'abord M. le Dr Michon qui fut, à la Pitié, notre premier maître, qui guida nos premiers pas dans la vie médicale et nous initia aux premières difficultés de la clinique.

Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Troisier pour l'affection paternelle qu'il nous a témoi-

gnée, pour le soin jaloux qu'il a mis à faire de nous un clinicien sérieux, en nous faisant sentir l'importance de l'observation méthodique.

Nous prions M. le Professeur Debove, dont nous avons suivi pendant un an, à l'hôpital Beaujon, l'enseignement sûr et brillant, de croire à notre profonde gratitude pour ses excellentes leçons et pour les conseils qu'il ne nous a pas ménagés.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le Dr Jalaguier ; nous avons donc pu apprécier sa haute valeur et sa bonté proverbiale, nous lui savons gré de sa bienveillance ; et au cours de notre pratique médicale, nous nous efforcerons de suivre les exemples de grande probité scientifique qu'il nous a toujours donnés.

Nous offrons un témoignage ému de reconnaissance à deux de nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le Professeur agrégé Gosset et M. le Professeur agrégé Cunéo, qui nous ont toujours soutenu et encouragé, dont les conseils nous ont été d'un précieux concours pendant la durée de nos études et qui nous ont donné si souvent des marques du plus vif intérêt.

Nous remercions aussi nos maîtres de l'hôpital de Versailles, MM. Broussin, de Lauréal, Mauger, Vilon, Chauveau, Milon, Brunel, Soëderling.

Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Laurent, ce maître aussi distingué qu'affable qui nous a donné tant de leçons précieuses et montré les résultats qu'on peut obtenir en clinique thérapeutique.

Enfin, M. le Dr Parelle, qui nous a honoré de sa confiance et témoigné une grande bienveillance ; c'est sous ses yeux que nous avons fait nos premières interventions chirurgicales et que nous nous sommes initiés aux difficultés de l'obstétrique.

Sur la recommandation d'un maître aimé, M. le Dr Brunswic le Bihan, médecin en chef de l'hôpital Sadiki de Tunis, a bien voulu, en 1907, nous choisir comme un de ses assistants ; il nous a confié un service et laissé une entière initiative ; nous lui en exprimons ici notre

vive gratitude. A l'exemple de ce chirurgien brillant, nous avons acquis une bonne pratique chirurgicale et gagné la confiance en nous-même.

Nous apprécions tout l'honneur que nous a fait M. le Professeur Segond en acceptant la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

CHAPITRE II

Historique

Parmi les affections parasitaires de l'homme, les plus anciennement connues sont les kystes hydatiques dont il est fait mention dès les origines de la médecine ; et c'est Hippocrate, le premier, qui signale la présence des échinocoques dans la cavité abdominale : « *Quibus jecur aqua repletum in omentum eruperit, as venter aqua impletur ac intereunt.* »

Après lui, Galien et Arétée expriment la même opinion ; et ce dernier écrit dans son traité sur l'hydropisie : « *Aliam quandam hydropis speciem videmus, quæ hujus modi est : vesiculæ exiguæ, crebræ, humore plenæ, in loco ubi fieri solet ascites, continentur. Hoc hujus modi affectus indicium est : si perforato abdomine, liquorem educas, postquam paulis perfluxerit, vesicula intus occludit exitum.* »

A l'époque de la décadence romaine, l'histoire de la médecine est muette sur ce point ; plusieurs siècles s'écoulent avant que cette question soit à nouveau traitée ; il nous faut attendre le XVI^e^ siècle pour voir paraître les travaux sur les kystes hydatiques : tels sont ceux de Vega, de F. Plater, de Rivierus qui a observé des cas de kystes hydatiques de l'abdomen, de Wolckerus qui a signalé la possibilité des erreurs de diagnostic.

Au XVII^e^ siècle, on voit apparaître des observations authentiques de kystes hydatiques ; mais à cette époque, ainsi qu'au siècle suivant, l'étiologie en est telle-

ment obscure que les opinions des auteurs sont des plus variables et que des causes plus ou moins bizarres ont été invoquées pour expliquer les phénomènes observés ; pour les uns, ils auraient leur point de départ dans les vaisseaux lymphatiques ou dans les vaisseaux sanguins ; pour les autres, ils ne seraient que de simples tumeurs ; pour d'autres, enfin, ils seraient la conséquence de phénomènes inflammatoires.

Les travaux ci-dessus mentionnés n'offrent qu'un intérêt purement historique et ce n'est qu'au début du XIX^e^ siècle que sont publiées les premières observations vraiment intéressantes sur l'échinocoque de l'homme.

A ce sujet, il convient de citer les travaux de LAËNNEC (1804), de PARK (1817), de BREMSER (1821) ; puis, vers le milieu du siècle, ceux de VON SIEBOLD, de KUCHENMEISTER, de LIVOIS, de ROUX, de BASSET, de DUBOIS, de LEUCKARDT, etc.

En ce qui concerne les localisations pelviennes de l'échinocoque, la littérature médicale ancienne ne dit rien sur les rapports de ce parasite avec les fonctions génitales de la femme. CHARCOT, LEUDET, TROUSSEAU publièrent des observations de kystes hydatiques pelviens chez la femme.

Mais ce sont surtout les accoucheurs qui eurent l'occasion de les signaler ; et cela se conçoit aisément, puisque ces tumeurs sont une cause fréquente de dystocie.

La première observation de dystocie occasionnée par des kystes hydatiques est signalée par le mémoire de MEYER (1794) (1). Puis viennent les travaux de PARK (1817), de ROUX (1828), de BARRET (1828), de CHEMNITZ (1834), de OBRE (1854), de LEUDET (1856), etc.

CHARCOT (2) fait remarquer que les kystes hydatiques peuvent mettre obstacle à l'accouchement ; et, dans son excellent mémoire, il en esquisse rapidement le diagnostic et le traitement.

---

(1) MEYER. Beobachtung von einem Kaiserschnitt. (*Museum der Heilkunde*, Zürich, 1794, vol. II, p. 211).

(2) CHARCOT. (*Gaz. méd. de Paris*, 1852, 3 s, VII, 510 ; 624 ; 639).

Dans son traité des entozoaires, Davaine (1) fait une brève mention de la dystocie causée par les échinocoques et il cite les cas de Park, de Blot et de Roux.

En 1876, P. Gebhardt publie une observation qu'il recueillit à la clinique de Pernice.

L'année suivante, paraît l'important travail de Wiener (2) qui traite du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques au cours de l'accouchement.

En 1884, Porak (3) publie un remarquable mémoire qui est la base de la plupart des travaux faits depuis, sur ce sujet, et dans lequel il étudie, avec beaucoup de soin, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

En 1885, Schatz (4) écrit un mémoire sur les kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme.

En 1885 également paraît l'excellent travail de W.-A. Freund (5) qui est l'étude la plus parfaite sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. Ce mémoire est le développement d'une communication faite par Freund et Chadwick au congrès des naturalistes et médecins allemands, tenu à Baden-Baden en 1879.

En 1886, Lawson Tait (6), dans son « Traité des maladies des ovaires », consacre un article aux kystes hydatiques du bassin et il en cite quatre cas.

Puis viennent les travaux de Pinard (1887), qui cite un fait très intéressant où l'accouchement fut compliqué par des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne, de Péan et Sécheyron (1887), de Meier Sonntag (1889), de Monéger (1892), de Schmidt (1893), de Lavigne Sainte-Suzanne (1893-94), de Dermigny (1894).

---

(1) Davaine. (Paris, 1877, 2e édition).

(2) Wiener. (*Arch. f. Gynäk.*, Leipzig, 1877, XI, 572).

(3) Porak. (*Gaz. hed. de méd.*, Paris, 1884, nos 9, 10, 11, 13).

(4) Schatz. (Stuttgart, 1883, in-8°). Cité par : O. Madelung (Beiträge mecklemburgischer Aerzte zur Lehre von der Echinococcen — Krankeit. Stuttgart, 1885, pages 161-196).

(5) Freund. (*Gynäk. Klin.*, Strassburg, 1885, 229 ; 366).

(6) Lawson Tait. Traité des maladies des ovaires (Paris, 1886, in-8°, traduction française).

Dans le grand ouvrage de Péan (1) (1895) sur les tumeurs de l'abdomen et du bassin, on trouve douze observations de kystes hydatiques ayant causé de la dystocie.

Enfin, parmi les travaux les plus récents, il convient encore de citer ceux de Mayer (1900), de Tillaux, de Bouilly, de Potocki, de Doléris, de Benoit, de Rupp (1905), etc.

(1) Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Paris, 1895, in-8°, tome II, p. 1212).

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

La localisation précise des kystes hydatiques n'est pas toujours facile à faire ; ceux-ci ont contracté, avec les différents organes du petit bassin, des connexions tellement étroites qu'il est souvent fort malaisé de reconnaître leur point de départ exact.

D'après les travaux de Freund et de Meier Sonntag, on peut diviser les kystes hydatiques pelviens en deux grandes catégories : la première comprend les cas dans lesquels l'échinocoque se fixe *secondairement* dans le bassin et coexiste avec un kyste hydatique d'une autre région ou d'un autre organe ; le second groupe est réservé aux tumeurs parasitaires qui se localisent *primitivement* dans l'excavation pelvienne et auxquelles on pourrait donner le nom de kystes hydatiques primitifs du cul-de-sac de Douglas.

Dans le cours de nos recherches sur les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, il nous a été permis de rencontrer *chez l'homme* un kyste hydatique primitif rétro-vésical, vérifié par l'autopsie. Nous ne saurions passer sous silence ce cas des plus intéressants, analogue à celui cité par Cranwell (1), en 1907, parce qu'il confirme notre opinion que les kystes douglasiens chez la femme, peuvent de même être aussi bien primitifs

(1) Cranwell. Les kystes hydatiques rétrovésicaux chez l'homme. (*Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, Paris, 1907, XI, 599 — 634, 2 pl.)

Cette observation, citée plus loin, nous est due à l'obligeance de notre ami Gagneux, interne des hôpitaux. Le malade reçu et soigné dans le service de M. le Professeur Achard, est mort de pneumonie au cours d'un ictère chronique et la lésion qui nous intéresse a été découverte tout-à-fait fortuitement à l'autopsie.

D'après les observations faites par les auteurs, ces localisations pelviennes primitives son excessivement rares.

Le plus souvent, les tumeurs à échinocoques du cul-de-sac de Douglas coexistent avec des kystes hydatiques du foie, de l'épiploon, du mésentère, etc. ; et ce n'est que secondairement qu'on les voit se localiser dans le repli péritonéal utéro-rectal ; il s'agit, en réalité, de kystes multiples de la cavité abdomino-pelvienne (Dermigny) et c'est surtout au point de vue de leur siège que ces tumeurs présentent quelques particularités.

Siège. — Les kystes hydatiques à localisation secondaire dans le cul-de-sac de Douglas peuvent occuper la cavité de ce diverticule séreux, soit par l'émigration d'une vésicule provenant d'un kyste hydatique haut situé dans la cavité abdominale et tombée dans le repli utéro-rectal, soit par la procidence, dans ce même repli, d'un kyste de l'épiploon, du mésorectum, etc. Ils peuvent également siéger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste hydatique primitif du Douglas, on le voit toujours occuper les interstices cellulaires qui communiquent avec l'espace pelvi-rectal supérieur où il paraît s'être d'abord introduit (Pozzi).

Les premiers observateurs avaient localisé ces kystes, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus (Laugier, Cruveilhier, Davaine, etc.). Charcot admet également que l'ovaire pouvait être le point de départ des kystes du Douglas ; mais ses recherches personnelles l'inclinèrent ensuite à penser que ces tumeurs ont plutôt une origine extra-péritonéale dans le tissu cellulaire sous-séreux.

Cette opinion fut corroborée par les travaux de

Freund et de Schroeder qui ont nettement démontré que l'ovaire, pas plus que l'utérus ne saurait être incriminé. Actuellement, il est bien établi que les kystes primitifs apparaissent généralement, dans le tissu cellulaire pelvien (Walther, Tuffier, etc.), et que, si les anciens auteurs ont attribué à ces tumeurs une origine ovarienne, utérine, etc., cela tient à ce qu'elles acquièrent promptement, avec les organes voisins, des adhérences tellement intimes que l'erreur est aisée à commettre.

Mais pour quels motifs l'hydatide se loge-t-elle presque toujours, à ses débuts, dans l'atmosphère celluleuse qui entoure le péritoine du Douglas ? Freund constate le fait sans l'expliquer. Nous croyons que ce tissu cellulaire lâche du petit bassin, offre à l'embryon migrateur, toutes les conditions nécessaires et propices à sa fixation et à son développement.

Puis, il semble que le voisinage du rectum n'est pas indifférent ; l'on sait avec quelle facilité le parasite peut traverser la paroi antérieure du rectum pour s'établir au voisinage de l'intestin, dans le tissu pelvien environnant et notamment dans le tissu conjonctif rétro-cervical. Ce tissu conjonctif est irrigué par de nombreux vaisseaux provenant des artères utérines, vaginales et hémorrhoïdales ; or, il est indiscutable que les tissus et les organes richement vascularisés, constituent un terrain extrêmement favorable au développement des hydatides. Dans l'observation de Charcot, le kyste le plus rapproché du rectum recevait des vaisseaux artériels assez volumineux provenant de plusieurs branches de l'artère hémorrhoïdale moyenne ; l'autre kyste adhérent à l'utérus recevait des branches issues, à gauche, de l'artère vaginale et, à droite, de l'artère utérine.

Nombre. — Le kyste hydatique du péritoine et, en particulier, du péritoine pelvien, est rarement unique (Dieulafoy). Dans l'observation de Charcot, il existait deux kystes : l'un antéro-supérieur, qui était adhérent au col utérin ; l'autre postéro-inférieur, qui était

accolé au rectum. Habituellement, il y a trois, quatre, dix, vingt kystes ; quelquefois même cinquante à cent. On en a compté jusqu'à 200 et au-delà. A l'autopsie d'une malade, KUCHENMEISTER trouva plus de 1.000 kystes hydatiques dans la cavité abdominale. Depuis, on en a trouvé quelquefois plusieur milliers (POTHERAT, AUVRAY, VILLEMIN, TRIBAUDEAU).

Formes et dimensions. — Leur forme est des plus variables. En général, ce sont des tumeurs arrondies, sans bosselures ni inégalités ; mais lorsque le kyste devient un peu volumineux, il affecte une forme irrégulière, variable suivant les cas : chez la malade de DOLÉRIS, les tumeurs avaient pris un aspect particulier rappelant la forme des anses intestinales.

Le volume des kystes hydatiques pelviens peut également varier à l'infini ; plus ils sont nombreux, plus ils sont petits ; ils présentent tous des dimensions différentes, aucun n'a le même volume. Souvent l'on trouve un ou deux kystes de la dimension d'une orange et d'autres plus ou moins nombreux ayant la grosseur d'une lentille, d'une graine de raisin, ou d'une noix.

Lorsqu'ils sont très petits, ils passent inaperçus parce qu'ils n'occasionnent aucune gêne. Quand ils se présentent à notre observation, ils ont, en général, atteint la grosseur d'une tête fœtale, et ils commencent à se manifester par des troubles de compression. Ils peuvent ensuite devenir très gros, dépasser la cavité pelvienne et remonter jusqu'à l'ombilic ; cela tient à ce que, arrêtés vers le bas par le plancher pelvien et vers les côtes par la ceinture osseuse du bassin, ces kystes se développent au niveau de l'unique point où ils rencontrent peu de résistance, c'est-à-dire vers le haut (CRANWELL) ; ils peuvent alors acquérir le volume d'une tête d'enfant ou d'adulte ou bien au-delà.

Structure du kyste hydatique.

1° Parois. — La structure des parois du kyste hydatique pelvien ne présente rien de particulier ; elle est la même que celle des kystes hydatiques en général. Mais le kyste péritonéal est, en plus, entouré d'une membrane formée par le tissu cellulaire sous-péritonéal revêtu de la séreuse ; cette enveloppe peut devenir épaisse et être constituée par un tissu fibreux, résistant, coriace.

La surface externe est lisse ; elle a une coloration blanche, nacrée ; et par places, elle présente des brides fibreuses qui l'unissent étroitement aux tissus et aux organes pelviens environnants. Sa consistance est absolument caractéristique ; elle est dure et élastique en même temps ; et elle rappelle beaucoup celle des tumeurs fibreuses de l'utérus ; mais le plus souvent, il y a un certain degré de fluctuation qui permet de reconnaître une tumeur liquide ; de plus, et c'est là un point important pour le diagnostic, la consistance de la tumeur est uniforme en tous points. Enfin, la membrane périkystique est abondamment pourvue de vaisseaux sanguins : dans l'observation de Mayor, on peut suivre nettement le trajet des vaisseaux qui vont de l'épiploon au sac échinococcique.

La surface interne est inégale et tapissée çà et là par une matière blanchâtre, friable, assez adhérente à la poche et qui peut, en certains points, s'avancer assez loin pour former des cloisons incomplètes (Charcot).

2° Contenu. — Le contenu des kystes à échinocoques du cul-de-sac de Douglas ne présente rien de bien spécial à noter. Il est constitué par un liquide clair comme de l'eau de roche, transparent, lorsque l'hydatide est vivante, et légèrement opalescent.

Ordinairement neutre et alcalin, il contient du chlorure de sodium, mais aucune trace d'albumine ni de mucine. Lorsqu'il renferme de l'albumine, c'est qu'il

contient des hydatides mortes. Enfin, il n'est coagulé ni par la chaleur ni par les acides.

La quantité de liquide varie suivant les dimensions du kyste, de quelques grammes à plusieurs litres.

Au microscope, on y découvre des scolex ou des crochets isolés.

Son poids spécifique, oscille entre 1009 et 1015.

On y trouve encore de l'inosite et de l'acide succinique et parfois un peu de leucine et de thyrosine.

Etat des organes pelviens.

1° Péritoine. — Quand le kyste a acquis un certain développement, il est recouvert à sa partie supérieure par un péritoine lisse et brillant qui se laisse aisément décoller surtout, en arrière, sur le rectum. En avant, le kyste sépare la séreuse du cul-de-sac vaginal postérieur et du col utérin ; aussi lorsqu'elle augmente de volume, la tumeur dévie de la ligne médiane et vient soulever les deux feuillets postérieurs du ligament large. Lorsque l'ovaire est en prolapsus, il peut se trouver comprimé entre l'utérus et le kyste. D'après Dermigny, ce sont, peut-être, des faits de ce genre qui ont fait croire que l'origine des kystes hydatiques du Douglas se trouvait dans la glande ovarique. Enfin, le cul-de-sac recto-utérin est complètement effacé, par suite du soulèvement de la séreuse par la tumeur sous-péritonéale. Ces faits, démontrés par les nombreuses observations des auteurs, plaident en faveur du siège sous-péritonéal des kystes hydatiques du Douglas (Charcot, Martin, Freund et Chadwick, Kaltenbach, etc.)

Dans certains cas, surtout lorsque le kyste est le siège de phénomènes inflammatoires, on voit se produire un épaississement du péritoine, sous l'influence d'une inflammation chronique. Exceptionnellement, le sommet de la tumeur se trouve privé de péritoine, alors que le reste de son étendue est pourvu d'un revêtement séreux très net (cas de Sonntag).

Il semble, en pareil cas, que le péritoine s'est laissé user ou qu'il a éclaté par suite de sa distension excessive ; et, ainsi s'explique pourquoi des tumeurs primitivement sous-péritonéales, peuvent devenir intra-péritonéales.

Enfin, l'échinocoque peut, dans certains cas, donner lieu à une lésion particulière que Dévé a dénommée « *pseudo-tuberculose échinococcique* », et dans laquelle le péritoine est parsemé de granulations miliaires, blanchâtres, translucides. Enchâssées à la surface de la séreuse, ces granulations rappellent, de tous points, les lésions de la péritonite tuberculeuse.

Bien étudiée au point de vue anatomo-pathologique par Kruckmann (1895), Leune (1896), de Quervain (1897), Bieman (1899), cette affection avait été déja observée dès 1891 et parfaitement décrite par Graham.

A l'autopsie d'une malade morte dans la cachexie, trois mois après la ponction d'un kyste hydatique du foie, Graham trouva « le grand épiploon tout constellé de très petits points, semblables à des tubercules blancs, perlés ; quelques-uns avaient la grosseur d'un petit pois. On retrouvait les mêmes lésions à la face supérieure de la rate, aux reins et dans le mésentère. Mais le point où la lésion offrait l'aspect le plus remarquable était le péritoine pelvien, au niveau du cul-de-sac de Douglas et du recessus utéro-vésical ; au toucher, la surface de la séreuse y était rugueuse et papillomateuse. Il existait des centaines de petites granulations sur le péritoine vésical et sur les deux faces de l'utérus.

La grande majorité de ces élévations avait à peu près la grosseur d'un grain de sagou. Au point de vue histologique, des coupes faites dans l'épiploon et dans le péritoine du cul-de-sac de Douglas, montraient au microscope, la structure caractéristique des jeunes formations hydatiques. On y constatait la stratification de la cuticule et de nombreuses cellules conjonctives jeunes, proliférant activement de l'ectocyste. Quelques-unes renfermaient de nombreux petits crochets. »

D'après Dévé qui a pu reproduire expérimentalement cette pseudo-tuberculose, la lésion observée semble être le résultat d'un processus de défense de l'organisme contre les éléments parasitaires qui se trouvent ainsi englobés et détruits.

2° Utérus et vagin. — Lorsque le kyste a acquis un certain développement, l'utérus se trouve porté en haut ; parfois, il est plus ou moins déformé et dévié et finit par contracter des adhérences avec la tumeur. Puis, sous l'influence de la compression prolongée, sa paroi s'amincit et le kyste peut s'ouvrir dans la cavité utérine. Le vagin subit, lui aussi, d'importantes modifications. Il se trouve parfois dévié de la ligne médiane ; il est tiraillé et quelque peu allongé.

3° Ovaires et trompes. — Parfois, les annexes sont tendues au-dessus de la tumeur qui contracte des adhérences avec la trompe. Tantôt les ovaires restent intacts ; tantôt ils sont englobés dans le kyste ou comprimés entre lui et la paroi utérine. Enfin, dans certains cas, à la suite de phénomènes de pelvi-péritonite, les annexes se trouvent fusionnées par des adhérences nombreuses avec la tumeur hydatique, et quelquefois les adhérences sont si nombreuses qu'elles peuvent envahir jusqu'aux anses intestinales.

4° Rectum. — Du côté du rectum, on voit, sous l'influence de la pression exercée par la tumeur, se produire une hypertrophie des fibres musculaires dans la partie rectale située au-dessus du kyste ; puis les tuniques du rectum deviennent le siège d'une inflammation chronique ; les veines hémorrhoïdales deviennent variqueuses sous l'influence de la compression ; enfin, les parois du rectum, aplati et repoussé dans la concavité du sacrum, ne tardent pas à s'amincir et à se laisser perforer par la tumeur (Charcot).

5° Plancher pelvien. — Le plancher pelvien est ra-

rement envahi ; une grosse tumeur peut refouler le releveur de l'anus et faire saillie sous le périnée ; mais on ne connaît pas de cas de kyste hydatique pelvien qui se soit ouvert à la peau du périnée.

CHAPITRE IV

Etiologie et Pathogénie

Etiologie. — Parmi les causes habituelles qui favorisent le développement de l'échinococcose, on a incriminé les climats froids, l'habitation des localités basses et humides, l'absorption de la viande crue, etc.

Ces causes nous paraissent secondaires et même erronées. Ce qui importe surtout, à notre avis, c'est l'ingestion des aliments et des crudités souillées par une eau contaminée ou l'ingestion de cette eau même et surtout la vie en commun avec le chien.

Différents auteurs et particulièrement Rendu ont insisté, à juste titre, sur l'importance primordiale due au chien dans la propagation de cette affection. Cette fréquence des kystes hydatiques observés, par exemple, chez l'arabe, s'explique aisément, quand on considère qu'ils vivent entourés de toutes les conditions d'inoculation nécessaires.

Les hydatides, en effet, sont excessivement fréquentes chez les herbivores, particulièrement chez les moutons et chez les bœufs. Pendant les trois mois, où dans la région de Souk-el-Arba, nous avons été chargé d'inspecter les viandes des animaux tués à l'abattoir municipal, il ne s'est pas passé un seul jour sans que nous remarquions des foies véritablement constellés de kystes hydatiques. Avant nous B. Galli-Valério (1) avait

(1) Galli-Valerio. — Notes médicales sur la Tunisie. (*Bulletin de la Société Vaudoise des sciences nat.*, Genève 1907, p. 201 à 227).

déjà fait cette remarque que presque tous les foies ou poumons des bovidés et moutons de Tunisie contenaient des kystes à échinocoques.

L'arabe donc, tue, pour sa consommation, les animaux malades et, à la porte de sa demeure, jette les viscères et les débris contaminés sans prendre la peine de les enterrer ou de les recouvrir de terre, tout effort qui paraît inutile étant soigneusement évité par le musulman.

Ces débris se putréfient au soleil, ou sont dévorés par les chacals du voisinage et les chiens kabyles, mal nourris et affamés ; ces animaux se contaminent ainsi et transmettent ensuite la maladie à leurs maîtres en expulsant, avec ou en dehors de leurs selles, les œufs du tœnia echinococcus ; Panceri a signalé la présence de ce parasite chez le chacal, et cet animal, qui pullule dans le nord de l'Afrique, a certainement un grand rôle dans la dissémination des germes hydatiques. Par leurs excréments, ils infectent les puits et les « r'dirs » (abreuvoirs) où vont s'abreuver les chameaux, les bœufs et les moutons et où les habitants eux-mêmes vont puiser leur eau comestible (1).

Pendant les intérims que nous avons faits dans différents centres de Tunisie et durant le long voyage accompli en Tripolitaine, où nous avons eu si souvent l'occasion de vivre dans les huttes de terre ou de coucher sous les tentes des indigènes, nous avons pu observer de près la marche de l'infection chez ces peuplades rebelles aux règles de la plus élémentaire hygiène. Dans chaque « douar », il y a toujours deux ou trois chiens par famille. Ces chiens vivent pêle-mêle avec les enfants en bas-âge qu'ils lèchent en jouant avec eux ; ils boivent dans les cruches contenant l'eau de boisson, et nettoient avec leur langue les « gascas », ces larges plats de bois autour desquels chaque famille

(1) Hilbert. Sur l'échinococcose du chameau en Algérie. (*Hygiène de la viande et du lait*, Paris, 10 mars 1908, p. 110).

s'accroupit en cercle pour manger, avec les doigts, le seul plat qui compose leur repas.

La bouche paraît donc être, chez l'homme, l'unique porte d'entrée du tœnia echinococcus, dont le chien est l'hôte intermédiaire. Ce dernier transmet les œufs du tœnia, soit directement en léchant pour caresser, soit indirectement en souillant les aliments et surtout les boissons. Il est fréquent de remarquer des kystes echinococciques simultanément chez plusieurs membres d'une même famille. Cette échinococcose familiale a pour cause évidente la promiscuité étroite de ces habitants, soumis à des conditions de vie identiques.

Le kyste hydatique du Douglas est généralement observé, durant la période active de la vie génitale chez la femme, c'est-à-dire entre 20 et 35 ans.

Exceptionnellement, on peut le rencontrer dans la vieillesse ou dans la jeunesse, témoin l'observation de Cranwell concernant une fillette de douze ans ; dans ce cas il s'agit presque toujours de localisation secondaire.

Fréquence. — Les kystes hydatiques du petit bassin sont, en général, assez fréquents ; et, d'après Lavigne Sainte-Suzanne, on pourrait les ranger immédiatement après ceux du foie, du poumon et du cerveau. D'après Blanchard, qui a dressé un tableau indiquant la fréquence des localisations des kystes hydatiques sur les différents organes, ceux de la cavité pelvienne viendraient au dixième rang.

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique, diverses théories ont été émises pour expliquer la présence des échinocoques dans le tissu cellulaire pelvien.

On a admis que l'embryon hexacanthe était charrié par le torrent circulatoire, ou bien qu'il émigrait directement de l'ampoule rectale, ou bien enfin que les kystes hydatiques n'étaient autre chose que les greffes, dans les parties déclives de l'abdomen, de vésicules et de scolex d'un kyste du foie rompu. D'où trois grandes théories principales :

1°) La *théorie vasculaire.*
2°) La *théorie intestinale.*
3°) La *théorie des greffes péritonéales* (1).

Théorie vasculaire. — A première vue, il semble parfaitement vraisemblable que le sang et la lymphe, si abondants dans l'espace pelvi-rectal supérieur, puissent transporter l'embryon de l'estomac ou du duodénum dans le cul-de-sac de Douglas. D'après cette théorie, soutenue par Buhl (1881), l'embryon hexacanthe, mis en liberté dans l'estomac et les premières portions de l'intestin grêle, traverse la paroi intestinale à l'aide de ses spicules. Il est alors repris par les vaisseaux lymphatiques, arrive dans le canal thoracique et de là dans le cœur droit ; puis il passe par le poumon pour revenir au cœur gauche d'où il est lancé dans la grande circulation. Défendue par la plupart des auteurs, cette théorie qui est, en somme, très satisfaisante, n'est guère qu'une hypothèse, puisque, même pour les kystes du foie, la migration dans la veine-porte n'a jamais pu être démontrée.

Théorie intestinale. — Une autre théorie, qui paraît tout aussi plausible que la précédente, admet la possibilité pour les embryons hexacanthes de traverser les parois du rectum et de venir se loger dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il est possible, en effet, que ces embryons, mis en liberté, s'accrochent aux parois de l'ampoule rectale où ils séjournent pendant un temps plus ou moins long au milieu des matières fécales ; puis, grâce à leurs crochets, ils réussissent à pénétrer, directement, par effraction, dans la muqueuse du rectum ; ils perforent ensuite les diverses tuniques de l'ampoule rectale et parviennent dans le tissu cellulaire pré-rectal. Les rapports intimes qui existent entre le rectum et le cul-de-sac de Douglas expliquent très bien, de la sorte, pourquoi c'est au voisinage de ce repli péri-

(1) Nous ne parlerons pas de la voie d'infection directe vulvo-vaginale suggérée par le savant Freund : c'est une théorie purement imaginative.

tonéal que siègent, à leur début, la plupart des kystes hydatiques du petit bassin. Mais, cette théorie n'est, comme la précédente, qu'une pure hypothèse ; car, jusqu'à ce jour, aucun expérimentateur n'a pu suivre directement la migration transrectale de l'embryon hexacanthe. Cependant, Morin (1) aurait observé le passage des œufs du tænia, de l'intestin dans le mésentère.

Théorie des greffes péritonéales. — Cette théorie ne peut s'appliquer qu'aux kystes hydatiques secondaires du cul-de-sac de Douglas, surtout lorsqu'ils sont consécutifs à une tumeur analogue de la glande hépatique ou splénique. Deux hypothèses peuvent alors être admises :

1°) une hydatide encore vivante, provenant, par exemple, d'un kyste du foie rompu, déverse son contenu dans le péritoine.

2°) Une poche kystique s'élimine peu à peu de la profondeur et se pédiculise à tel point qu'elle finit par devenir libre et tomber dans l'excavation pelvienne.

Cette dernière hypothèse a rencontré un certain nombre de partisans, et se trouve corroborée par des faits (Dermigny). Quant à la première, qui invoque l'idée d'une véritable greffe, elle a été soutenue par Obshausen (1) en 1889, et elle confirme l'opinion de Michaux lorsqu'il se demande si l'on ne doit pas, jusqu'à un certain point, incriminer la méthode des ponctions comme étant capable de donner lieu à une dissémination des kystes hydatiques.

***

Dans ses remarquables études sur l'échinococcose secondaire, Dévé a défendu brillamment cette pathogénie suivant laquelle la majorité des kystes hydatiques du petit bassin ne sont pas autre chose que des tumeurs

(1) Morin. (*Thèse de doct.*, Berne, 1876, in-8°).
(1) Obshausen. (*Gynäk. Gesellsch.* zu Berlin, Sitzung d. 18 janvier 1889).

secondaires. D'après cet auteur, la voie sanguine est incapable de nous expliquer la fréquence relative de ces kystes ; et il estime que la migration directe à travers la paroi intestinale est une théorie qui a encore besoin d'être démontrée.

De plus, Cranwell nous dit, que la localisation péritonéale des kystes fut, pendant longtemps, un obstacle insurmontable pour admettre l'échinococcose secondaire. « Si les kystes se trouvaient sous le péritoine, ils ne pouvaient, semblait-il, provenir d'une dissémination dans la cavité abdominale ; et il était nécessaire pour expliquer leur présence à ce niveau, d'admettre le transport par la voie sanguine ou par migration directe. Mais cette objection fut détruite le jour où l'on démontra que les vésicules proligères et les scolex inoculés dans le péritoine, donnent naissance à des kystes extra-péritonéaux, et qu'un germe échinococcique déposé dans le péritoine est rapidement entouré de tissu cellulaire de nouvelle formation et recouvert par l'endothélium de la séreuse. »

Cette constatation, qui avait été déjà faite par quelques expérimentateurs tels que Bobrow et Alexinsky, Garre et Riemann, a été pleinement confirmée par Dévé (1). D'après les expériences faites par cet auteur, qui a réussi à produire expérimentalement des kystes rétro-vésicaux en injectant des scolex dans la cavité abdominale de lapins, le germe échinococcique entre en contact avec la séreuse ; il provoque, par l'irritation de l'endothélium, un exsudat fibrineux qui est rapidement envahi par les leucocytes ; et les cellules endothéliales, avec lesquelles il est en rapport, ne tardent pas à disparaître ; l'échinocoque fait alors, en quelque sorte, partie intégrante de la paroi péritonéale ; puis, un endothélium apparaît bientôt à la surface des jeunes cellules conjonctives qui l'entourent et qui ne tarderont pas à devenir adultes. C'est ainsi que le kyste hydati-

(1) Dévé. (*Revue de chir.*, Paris, 1902).

que est passé, en apparence, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Ces faits nous permettent d'expliquer la fréquence des kystes hydatiques, leur multiplicité et leur siège dans le point le plus déclive, c'est-à-dire dans le cul-de-sac recto-vésical de l'homme et le cul-de-sac recto-utérin chez la femme. Ils expliquent également la fréquente coïncidence de ces kystes pelviens avec les kystes multiples du foie ou de l'épiploon. Mais cette théorie n'est plus applicable aux kystes hydatiques primitifs du petit bassin ; pour cette variété de tumeurs, qui, en réalité, est très rare, on ne saurait admettre qu'une seule hypothèse, celle d'après laquelle l'embryon hexacanthe emprunte la voie sanguine pour parvenir jusqu'au tissu cellulaire pelvien sous-péritonéal.

CHAPITRE V

Symptomatologie

A. — *Symptômes généraux.* — Les symptômes des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas sont très difficiles à observer, surtout au début, parce qu'ils sont extrêmement variables et vagues ; aussi Villard (1) a-t-il pu dire avec assez de justesse que « le plus souvent, les symptômes manquent de la précision et de la netteté nécessaires pour qu'il soit possible, sinon d'en reconnaître, du moins d'en soupçonner l'existence. Durant tout le cours de la maladie, ces symptômes restent indéterminés, latents pour ainsi dire ; et parfois, lorsqu'ils se manifestent d'une façon plus ostensible, ils présentent un tel caractère de généralité et sont parfois acompagnés de phénomènes si insolites, qu'ils ont pu mettre en défaut l'expérience la plus consommée. »

Primitivement, l'échinocoque provoque peu ou point de symptômes ; et la tumeur se développe sans que la malade en éprouve de la douleur ou de la gêne.

Dans certains cas, le kyste peut atteindre un volume respectable sans influencer l'état local ni la santé générale, et ce n'est que plus tard, que l'on voit se produire les complications. D'autres fois, on voit survenir brusquement des symptômes menaçants qui peuvent faire penser à d'autres affections, telles que l'hématocèle rétro-utérine (cas de Villard).

(1) Villard. (*Ann. de Gynéc.*, Paris, 1878, p. 107).

Dans d'autres circonstances, enfin, la tumeur parasitaire évolue et guérit sans provoquer la moindre manifestation clinique ; et c'est par hasard, à l'autopsie, qu'on la découvre. D'une façon générale, l'existence des kystes rétro-utérins se manifeste plus rapidement que celle des kystes hydatiques des organes abdominaux qui se développent et acquièrent un grand volume, sans occasionner de troubles sérieux ; cela s'explique parce que les kystes pelviens, enserrés dans les parois du bassin, qui sont fixés et arrêtés, en bas, par la sangle périnéale, ne peuvent suivre que la seule voie qui leur est offerte pour se développer, c'est-à-dire la voie abdominale. Il en résulte qu'au cours de leur développement, les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas déplacent les organes voisins, produisent rapidement leur compression et provoquent ainsi l'apparition de troubles fonctionnels plus ou moins marqués.

B. — *Symptômes fonctionnels.* — Après avoir évolué silencieusement pendant un certain temps, le kyste hydatique pelvien prend une plus grande extension ; la malade voit alors son ventre augmenter de volume. Elle peut avoir, comme nous l'avons remarqué chez une de nos malades, à l'occasion de certains efforts, une sensation de clapotement abdominal, que la malade traduisait en disant qu'elle croyait avoir « dans le ventre une bouteille à demi-pleine. »

Mais le développement anormal de l'abdomen est généralement le premier signe qui trahit la présence de la tumeur. Puis, cet accroissement du ventre est bientôt suivi de douleurs continues ou paroxystiques, auxquelles succèdent des phénomènes de compression, multiples et variés, lorsque la tumeur a pris un grand développement.

1° Douleurs. — La douleur est un des symptômes les plus constants et les plus précoces de l'affection qui nous occupe. La malade éprouve d'abord de légères douleurs dans le bas-ventre ; ce sont des souffrances

obtuses avec sensation de pesanteur et irradiations dans la région lombaire qui incitent la patiente à consulter un médecin (cas de Schwartz) ; quelquefois, les douleurs sont accompagnées de frissons (cas de Kaltenbach) ; d'autres fois, enfin, la femme se plaint d'élancements pénibles dans le bas-ventre (cas de Schroeder) et de douleurs vives et intolérables s'irradiant vers l'estomac.

Ces douleurs sont dues à une irritation circonscrite du péritoine, soit par suite de tractions exercées sur cette séreuse par la tumeur, soit par suite de poussées de pelvi-péritonite. Elles peuvent être continues, mais elles sont surtout paroxystiques ; elles surviennent par crises et à intervalles plus ou moins éloignés et elles s'accompagnent parfois de vomissements et de constipation. Souvent les crises douloureuses coïncident avec la période menstruelle et quelquefois les malades accusent une sensation de pesanteur dans le périnée. Enfin, les douleurs, parfois très vives, vont en s'accentuant tant que la tumeur reste confinée dans la cavité pelvienne ; elle diminuent, au contraire, dès que le volume du kyste le force à envahir la cavité abdominale.

2°) Troubles digestifs. — Lorsque la tumeur est peu développée, on voit survenir des nausées et des vomissements qui accompagnent presque toujours les crises douloureuses du début. Les *vomissements* sont ordinairement alimentaires, quelquefois bilieux ; ils peuvent être incessants.

Puis, lorsque survient la période des compressions, on observe de la *constipation*, qui devient de plus en plus opiniâtre à mesure que la tumeur s'accroît et qui résiste souvent aux purgatifs. Les garde-robes sont très pénibles, très douloureuses et les efforts fait par la malade restent quelquefois infructueux.

Avec la marche de l'affection, la constipation se fait toujours plus tenace, mais sans arriver à l'obstruction, et elle peut alterner avec des périodes de diarrhée et de ténesme rectal capable de faire croire à un rétrécissement du rectum.

3° Troubles urinaires. — Quand le kyste hydatique devient un peu volumineux, il exerce sur la vessie, tout comme sur le rectum des compressions plus ou moins fortes. Comprimée par l'utérus que la tumeur refoule en avant, la vessie est vite troublée dans son fonctionnement ; la miction devient d'abord pénible, douloureuse, de plus en plus fréquente ; puis, l'*ischurie* et la *dysurie* s'installent ; elles deviennent alors permanentes et aboutissent à la rétention complète.

La *rétention d'urine* peut apparaître brusquement ; un beau jour, à son réveil, la malade s'aperçoit que, tout d'un coup, sans cause apparente, elle est dans l'impossibilité d'émettre la moindre goutte d'urine, alors que, la veille encore, la miction s'était faite normalement.

Cette rétention dure pendant quelque temps ; puis elle disparaît pendant une huitaine de jours pour réapparaître subitement de façon définitive et nécessiter une intervention. Enfin, si les phénomènes de compression continuent, on voit survenir de véritables complications portant sur les voies urinaires supérieures (obstruction et dilatation de l'uretère, hydronéphrose, etc.).

Pour expliquer ces troubles vésicaux, on pourrait faire intervenir une action réflexe (Dermigny) ; mais il est plus logique et plus rationnel d'admettre une action purement mécanique due à l'action compressive de l'utérus, refoulé par la tumeur, vers la symphyse pubienne

Les symptômes urinaires sont très fréquents dans les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme ; mais ils sont moins constants que la douleur et la constipation.

4° Troubles menstruels. — Les troubles menstruels sont bien plus rares que les troubles urinaires. Tout d'abord, la femme qui, jusqu'à ce jour, avait toujours été bien réglée, s'aperçoit, qu'à l'époque de la période menstruelle, ses règles ne sont pas venues, qu'elles ne sont apparues que quelques jours plus tard (parfois

quinze jours) et qu'elles ont été beaucoup moins abondantes qu'à l'ordinaire. En même temps, leur apparition est accompagnée de céphalalgie, de douleurs très vives dans la région lombaire et dans la région hypogastrique, ainsi que de vomissements (cas de VILLARD). Parfois, ce sont des phénomènes de *dysménorrhée* que l'on observe en même temps que des troubles urinaires, de la douleur et de la constipation (cas de FREUND, de MARTINI, etc.). Enfin, chez d'autres malades, il existe une suppression complète des règles, une *aménorrhée* persistante, comme dans le cas de FREUND et celui de la malade que nous avons opérée personnellement.

Ces troubles peuvent être attribués soit à des adhérences contractées par l'ovaire avec le péritoine recouvrant la tumeur (DERMIGNY), soit à la compression subie par les ovaires qui se trouvent enserrés entre le kyste et le rectum ou l'utérus (FREUND).

Quoiqu'il en soit, de l'origine de ces troubles menstruels, il n'est pas rare de voir une intervention chirurgicale les faire disparaître et rétablir le cours normal des règles temporairement supprimées.

5° EXPULSION SPONTANÉE DE VÉSICULES. — Tous les signes qui précèdent n'ont rien de bien caractéristique et leur seule présence ne suffit pas pour nous permettre de porter le diagnostic certain de kyste hydatique de la cavité pelvienne ; car ils sont communs à un grand nombre de tumeurs du petit bassin. D'après BENOIT, il existerait un signe absolument pathognomonique des kystes hydatiques douglasiens ; c'est l'expulsion spontanée d'hydatides soit par le vagin, lorsque le kyste intéresse surtout l'utérus, soit par le rectum, quand il y a une perforation de cet organe et communication de ce dernier avec la poche kystique.

Mais ce signe est extrêmement rare ; on ne l'aurait noté que cinq ou six fois seulement.

C. — *Examen clinique.* — Ainsi que nous venons de le voir, l'observation des symptômes observés n'est pas suffisante pour nous permettre un diagnostic précis ;

aussi est-il nécessaire de compléter cette étude par un examen physique complet de la malade.

1° Inspection. — L'inspection ne révèle pas grand' chose. Tout au plus, au début, remarque-t-on que le ventre est légèrement augmenté de volume et que cette tuméfaction abdominale provoque de la gêne. Puis, lorsque la tumeur s'est accrue davantage et qu'elle a provoqué des phénomènes de compression, on trouve l'abdomen plus ou moins distendu suivant les dimensions du kyste ; il est mamelonné et présente des saillies nombreuses et irrégulières, quand les kystes sont multiples.

2° Percussion. — A la percussion, on note de la matité ; on ne trouve pas de fluctuation, sauf dans les cas où les kystes sont très volumineux. On peut, quelquefois, percevoir le frémissement hydatique ; mais ce fait est exceptionnel ; s'il a été signalé plusieurs fois dans des cas de kystes hydatiques intra-péritonéaux, il ne semble pas avoir été observé dans les kystes hydatiques du Douglas, chez la femme.

3° Palpation. — Par la palpation abdominale, on sent une tumeur lisse, tendue, élastique, souvent fluctuante, qui occupe le petit bassin, dans lequel elle se trouve enclavée, par suite des adhérences qu'elle contracte avec les organes voisins ; dès lors, il est impossible de la repousser vers la cavité abdominale ou de lui imprimer des mouvements dans la cavité pelvienne ; ce peu de mobilité de la tumeur est un signe très important, presque caractéristique des kystes hydatiques pelviens.

Le palper abdominal permet de délimiter assez exactement le volume et le siège de la tumeur. De volume variable elle peut avoir les dimensions d'une tête d'enfant ou au-delà et atteindre le niveau de l'ombilic. Tantôt, elle est située sur la ligne médiane ; tantôt, elle est déviée vers l'un des côtés ; dans certains cas, elle abaisse profondément le cul-de-sac de Douglas et

semble appliquée contre la face postérieure du col ; parfois, à la suite de poussées inflammatoires périkystiques elle semble fusionnée avec toute la moitié postérieure du corps et du col de l'utérus. Dans l'observation de Villard, le palper hypogastrique permettait de sentir l'utérus, très nettement en relief, sur la face antérieure de la poche kystique ; chez la malade de Schwartz, on constatait dans la fosse iliaque, l'existence d'un petit corps dur qui paraissait être l'ovaire.

Enfin, la palpation permet de reconnaître l'existence de plusieurs autres tumeurs kystiques intéressant les organes de l'abdomen et leur présence peut nous mettre sur la voie du diagnostic ; car nous savons que les kystes hydatiques primitifs du Douglas sont très rares et il est souvent facile de reconnaître un kyste hydatique du foie concomitant.

4° Exploration. — L'exploration par le toucher rectal ou par le toucher vaginal, donne des renseignements très précis, surtout lorsque ce mode d'examen est combiné à la palpation abdominale.

Le toucher rectal est parfois difficile à faire parce que les parois du rectum sont aplaties et accolées l'une à l'autre par la tumeur. Il nous permet d'apprécier très nettement la consistance du kyste qui vient s'enclaver dans la concavité du sacrum et comprimer le rectum.

Par le *toucher vaginal*, difficile et douloureux, on constate que le col de l'utérus est élevé, mais surtout refoulé vers la symphyse pubienne et que ses lèvres sont parfois effacées. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur lisse, saillante, qui bombe fortement et peut apparaître près de l'orifice vulvaire. Enfin, le fond de l'utérus est fixé, comme enclavé, entre la tumeur et le bassin, et il est impossible de le mobiliser.

CHAPITRE VI

Evolution

Evolution. — L'évolution des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas est généralement fort lente et insidieuse ; au début, il est impossible de préciser la date d'apparition de la tumeur, parce qu'à cette période de développement, on n'observe aucun trouble appréciable. Les premiers symptômes se manifestent dès que la tumeur a atteint un certain volume ; mais, ce n'est pas là une règle absolue ; et le kyste hydatique pelvien peut occasionner des accidents plus ou moins graves alors que son volume n'est pas très considérable.

Indolore, ne provoquant aucune gêne à certains moments, la tumeur devient, tout-à-coup douloureuse, surtout au moment des règles ; son volume s'accroît ; puis les symptômes observés s'amendent et finissent par disparaître soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long. En règle générale, l'évolution des kystes hydatiques du Douglas, chez la femme, est soumis à la même loi qui régit celle des kystes hydatiques en général ; aussi peuvent-ils aboutir à la guérison spontanée, à la suppuration, à l'ouverture spontanée.

La *guérison spontanée* est un fait tout-à-fait exceptionnel ; elle survient lorsque les vésicules meurent, soit par inanition ou par compression, soit par suppuration du kyste.

Tantôt, le liquide se résorbe et la poche subit une dégénérescence granulo-graisseuse ; tantôt le pus se livre

passage vers le rectum ou le vagin ; il se produit alors une fistulisation consécutive à la suppuration prolongée et la guérison devient désormais problématique.

La *suppuration* peut survenir spontanément à la suite de phénomènes inflammatoires ayant intéressé les parois du kyste et favorisé l'envahissement pyogène ; elle peut aussi être consécutive à une ponction insuffisamment aseptique. L'apparition des symptômes fébriles : fièvre et frissons est l'indice de la purulence du kyste ; puis surviennent tous les signes de la fièvre hectique avec sueurs abondantes et diarrhée ; et la malade meurt dans le marasme.

L'ouverture spontanée est souvent précédée par la suppuration et par les manifestations fébriles (frisson, température à grandes oscillations, chaleur de la peau, gravité de l'état général, etc.) ; et elle peut se faire, ainsi que nous le verrons plus loin, dans la vessie, dans le rectum, dans le vagin. Cette ouverture dans le rectum ou dans le vagin amène souvent une certaine amélioration qui n'est que très passagère, la suppuration persistant et donnant lieu à une fistule ; puis, la malade se cachectise et meurt en présentant tous les accidents de suppurations chroniques.

Enfin, la rupture peut se faire exceptionnellement suivant une autre voie ; et c'est ainsi que, dans l'observation de Sibille, le kyste est venu faire saillie dans le périnée.

Durée. — La durée de ces kystes est extrêmement variable ; car ils ont une marche essentiellement chronique. Il est rare qu'ils aient une durée inférieure à cinq ans ; en moyenne, elle oscille entre huit et douze ans ; elle peut même se prolonger davantage ; on a observé des kystes hydatiques existant depuis quinze et même vingt ans. De plus, il arrive qu'un kyste hydatique pelvien de moyen volume passe complètement inaperçu pendant la vie de la malade et n'est découvert qu'à l'autopsie.

Abandonné à lui-même, le kyste hydatique du Dou-

glas évolue exceptionellement vers la guérison ; après une aggravation de symptômes il conduit généralement la malade à la mort, le plus souvent par urémie ou par stercorémie.

CHAPITRE VII

Complications

Les kystes hydatiques du petit bassin, qui se présentent suivant un tableau symptomatique déterminé, occasionnent le plus souvent des complications très graves qui mettent fréquemment la vie de la malade en danger.

A ce sujet, on peut lire dans le « traité des entozoaires » de Davaine : « Si les hydatides de la cavité abdominale n'occasionnent d'accidents que lorsqu'elles ont acquis un grand volume, circonstance qui tient à la laxité des parois de cette cavité et au déplacement facile des organes, il n'en est plus de même lorsque les vésicules se sont développées dans le petit bassin ; l'inextensibilité des parois, en donnant un point d'appui à la tumeur, ou bien en s'opposant au déplacement des viscères, détermine la compression des organes pelviens et, consécutivement, les accidents les plus graves. »

A. — *Complications dues au kyste hydatique lui-même.* — Les complications qui peuvent survenir du fait même de la tumeur à échinocoques sont : l'*infection* et la *rupture*.

1°) Infection. — Les phénomènes cliniques qui traduisent l'inflammation et la suppuration du kyste ne se manifestent pas toujours de la même façon. Dans certains cas, on voit la tumeur, d'abord indolente, devenir

tout-à-coup le siège de douleurs vives, lancinantes, que la plus légère pression exaspère ; la malade présente, en même temps, des frissons, de la fièvre, des nausées, des vomissements ; puis ces accidents s'amendent et au bout de quelques jours, les vésicules hydatiques s'échappent par l'anus, mêlées à une sanie sanguinolente (cas de TROUSSEAU, etc.).

D'autre fois, au lieu de s'amender, les phénomènes généraux et locaux augmentent d'intensité. Les vomissements persistent ; les douleurs deviennent plus aiguës ; le ventre est ballonné, tendu ; le pouls, de plus en plus accéléré, devient petit ; la prostration des forces s'accentue davantage, et la malade, épuisée, ne tarde pas à mourir dans le marasme, malgré l'ouverture spontanée produite par la déchirure du cul-de-sac vaginal (cas de VILLARD, etc.).

2°) RUPTURE. — La rupture du kyste peut être traumatique ou spontanée. La *rupture traumatique* survient à la suite d'un choc ou d'une chute sur l'abdomen.

La *rupture spontanée* est de beaucoup la plus fréquente ; elle peut se produire à la suite d'un effort, d'une contraction musculaire brusque ; quelquefois, elle se manifeste sans cause apparente.

Qu'elle soit traumatique ou spontanée, la rupture du kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas est ordinairement la règle, lorsqu'on laisse la tumeur évoluer sans intervenir ; et l'ouverture peut se faire dans l'un ou l'autre des organes avoisinants.

Théoriquement, l'*ouverture dans le péritoine* est possible ; mais, en réalité, l'issue du contenu du kyste dans la cavité abdominale n'a jamais été signalée : c'est du moins ce qui résulte de l'ensemble des observations qui ont été publiées sur ce sujet ; et cela s'explique par la présence d'adhérences périkystiques très résistantes, au niveau desquelles la séreuse péritonéale s'épaissit et forme une barrière solide s'opposant au passage du pus ou du liquide échinococcique.

Quand elle se produit à l'occasion d'un traumatisme violent, les accidents toxiques ou infectieux qui accompagnent cette rupture varient comme intensité. Il y a là analogie complète avec la rupture de certains kystes hydatiques du foie. Certaines malades ne s'en aperçoivent pas ; d'autres ont une éruption ortiée ; d'autres présentent des accidents de collapsus fort graves. L'intensité des symptômes dépend donc et de la quantité et de la toxicité du liquide épanché.

La *rupture dans la vessie* n'a jamais été observée dans le cas de kyste unique, parce que, chez la femme, la vessie n'est pas en contact direct avec la tumeur dont elle est séparée par l'utérus ; il n'y a que dans les cas de kystes hydatiques multiples, remplissant toute la cavité pelvienne, que cette complication pourrait survenir (cas de Freund et Chadwick).

Quelques auteurs, tels que Freund, Kuchenmeister, etc., mentionnent la *perforation de la paroi postérieure de l'utérus*. Celle-ci se produit par usure de la paroi utérine qui, sous l'influence de la compression prolongée, exercée par la tumeur, s'amincit de plus en plus et finit par se rompre.

Mais, c'est dans le *vagin* et surtout dans le *rectum* que les collections kystiques font le plus souvent irruption.

Dans l'observation de Villard, l'ouverture s'est faite dans le cul-de-sac vaginal et a provoqué une déchirure large, anfractueuse, à travers laquelle tout le contenu du kyste s'échappa.

Comme exemples d'*ouverture dans le rectum*, nous pouvons citer les cas de Trousseau, de Freund et Chadwick, de Charcot, etc. Presque toujours, la perforation rectale fait suite à une ulcération plus ou moins grande, siégeant à une distance variable de l'orifice anal ; chez la malade de Charcot, l'ulcération était arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce et elle avait un diamètre d'un centimètre et demi.

3°) Fistulisation. — La fistulisation est presque

toujours la règle à la suite de la rupture d'un kyste hydatique pelvien, qu'il soit suppuré ou non. Le contenu du kyste, s'il n'est pas suppuré, ne tarde pas à s'infecter ; car la perforation est une porte ouverte à l'infection. La suppuration s'établit plus ou moins abondante, et revêt un caractère de chronicité qui lui enlève toute tendance à la guérison spontanée ; il en résulte la production d'une fistule permanente ; la suppuration persiste alors ; puis la malade s'affaiblit de plus en plus : elle se cachectise et meurt avec tous les accidents qui accompagnent les suppurations chroniques.

4°) Compression. — Ces complications sont extrêmement fréquentes, et elles intéressent tous les organes pelviens avec lesquels le kyste hydatique est en connexion plus ou moins intime. Ce n'est que lentement, à la longue, que, d'ordinaire, l'on voit apparaître ces accidents qui sont surtout fréquents dans la forme grave, généralisée, confluente de l'échinococcose abdomino-pelvienne (Dévé). L'on voit alors se dessiner progressivement le tableau de la cachexie hydatique, aux progrès de laquelle les malades finissent par succomber, quand ils ne sont pas enlevés plus rapidement du fait d'un des nombreux accidents de compression.

D'autres fois, il existe, au contraire, une forme discrète, partielle, qui reste localisée au petit bassin, qui demeure latente pendant un temps plus ou moins long, et qui passe complètement inaperçue jusqu'au jour où des accidents de compression viennent aussi attirer l'attention du côté de la cavité pelvienne et révéler l'existence de la tumeur.

B. — *Troubles circulatoires et nerveux.* — Ces accidents sont toujours dus à des phénomènes de *compression* et résultent d'une hypertrophie inflammatoire qui qui provoque une *stase veineuse* complète, entraînant à sa suite des œdèmes (cas de Rohdes, etc.).

Chez la malade de Rings, il y avait de l'œdème des membres inférieurs ; et, à l'autopsie, on trouva une

embolie de l'artère sylvienne. On a signalé également l'existence de l'anasarque par compression des vaisseaux splanchniques, et notamment des vaisseaux iliaques (Ferval).

Dans le cas d'Havage, on note de la compression de la veine porte. Enfin, d'après Mayer, on aurait observé un cas dans lequel la compression, exercée par un sac échinococcique, aurait amené l'oblitération de l'extrémité inférieure de la veine-cave inférieure, en même temps que des troubles du côté des troncs nerveux voisins (cas de Goetz).

En ce qui concerne les *accidents nerveux*, on peut observer des paresthésies, des anesthésies, avec des sensations de fourmillements dans les pieds et dans les jambes, et même de la sciatique (Guyon).

Enfin, une localisation dans le psoas peut provoquer des contractures analogues à celles de la coxalgie.

C. — *Complications péritonéales.* — Dans un chapitre précédent, nous avons vu qu'il pouvait se produire un épaississement du péritoine pelvien qui se manifeste surtout lorsque le kyste est le siège de phénomènes inflammatoires. Or, nous savons que, toutes les fois qu'il existe, sous le péritoine, un état pathologique quelconque, et surtout un foyer inflammatoire, cette séreuse réagit et la réaction se traduit toujours par des poussées plus ou moins graves de péritonite ; il en résulte des adhérences pelvi-péritonitiques fréquentes qui peuvent entraîner pour les organes voisins des complications plus ou moins graves (cas de Freund et Chadwick).

Lorsque le kyste est enflammé, le péritoine se prend par simple voisinage, et l'on observe tous les signes d'une péritonite aiguë. Dans l'inflammation chronique du kyste, on voit apparaître de la pâleur de la face, de l'amaigrissement, des frissons, de la diarrhée ; et, si l'on n'intervient pas, la malade se cachectise et meurt. Parmi les observations dans lesquelles on trou-

va de la péritonite, il convient de citer celles de Monéger, de Potocki, etc.

Martin cite le cas d'une femme, âgée de 22 ans, qu'il opéra en pleine péritonite et qui guérit en trois semaines : ce cas est intéressant parce que, d'ordinaire, la mort est la terminaison habituelle des complications péritonéales des kystes hydatiques du Douglas.

Enfin, la péritonite peut être due à une rupture du kyste, soit dans l'utérus, soit dans le vagin, soit dans le rectum (cas de Mayer) ; que cette rupture soit traumatique ou spontanée. La péritonite peut, en pareil cas, revêtir la forme aiguë ; mais elle n'entraîne pas toujours une issue fatale.

D. Complications gastro-intestinales. — Sans revenir sur les troubles digestifs, nausées et vomissements, qui accompagnent presque toujours les crises douloureuses du début, nous pouvons dire qu'il n'existe pas, à proprement parler, de *véritables complications gastriques*. Dans certains cas, par suite de la compression prolongée, les malades ont des vomissements tenaces, persistants, continus, qui finissent par les épuiser et les mettre en état de moindre résistance.

Quelquefois, ces vomissements opiniâtres, accompagnés d'indigestions apparaissent surtout au moment des règles (cas de la malade de Ferval).

Du côté de *l'intestin*, on voit la constipation se faire de plus en plus tenace. Après des périodes d'amélioration et d'aggravation, la constipation peut alterner avec des périodes de diarrhée et de ténesme rectal ; la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le périnée et les accidents deviennent permanents et insupportables (cas de Sonntag, etc.).

En règle générale, la compression du rectum contre la concavité du sacrum peut déterminer la formation de bols fécaux, mais sans produire d'accidents d'obstruction complète ; toutefois nous avons relevé dans la littérature médicale, deux cas de kystes hydatiques pel-

viens chez la femme, qui se compliquèrent d'obstruction intestinale (cas de Havage et de Seydel).

En outre, le kyste peut se rompre dans le rectum qui s'est peu à peu ulcéré (cas de Trousseau). De plus, il n'est pas rare de voir se produire une espèce de cachexie causée par l'inappétence, l'amaigrissement considérable de la malade et une dysenterie persistante (Mayer).

Chez la malade de Seydel, on remarquait également une diarrhée incoercible.

E. Complications urinaires. — Les complications urinaires sont de beaucoup les plus importantes à cause de la gravité qu'elles comportent, et doivent être envisagées suivant que la compression porte sur la vessie ou sur l'uretère.

1° Vessie. — Les complications vésicales ne sont pas plus rares chez la femme que chez l'homme, la compression de la tumeur étant transmise par l'utérus qui est interposé entre la vessie et le kyste.

Dans certains cas, on note un *épaississement des parois vésicales* (cas de Leudet). Parfois, la tumeur pelvienne a contracté, avec les organes voisins, des adhérences si solides que leur énucléation est souvent impossible et que l'on ne peut tenter de les rompre sans s'exposer à des *déchirures de la vessie* (Tillaux et Jaboulay). Dans d'autres cas, l'utérus et la vessie se trouvent refoulés en haut, vers la cavité abdominale et l'on peut constater une *compression de l'urèthre* contre la symphyse pubienne, comme dans le cas de Mayer ; il en résulte alors un obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

En fait, les *troubles de la miction* sont des accidents fréquents que l'on observe lorsque la vessie est comprimée. La malade éprouve d'abord des douleurs plus ou moins vives en urinant (cas de Freund et Chadwick, de Mayer, etc.), puis à la *polyurie* (cas de Schwartz) succèdent la *pollakiurie* (cas de Meyer) et la *dysurie* (cas

de Schatz, de Schwartz, etc.) ; enfin la *rétention* complète d'urine ne tarde pas à s'installer avec tout son cortège de complications (cas de Leudet).

De même on peut observer des mictions douloureuses avec émission d'urine purulente comme dans la cystite.

2° Uretères. — Dans certains cas, lorsque la tumeur est volumineuse, on peut voir les uretères englobés dans la membrane épaissie qui entoure le kyste ; ils se trouvent alors comprimés contre les parois osseuses du bassin ; et cette compression détermine une *dilatation urétérale* au-dessus du détroit supérieur (cas de Murchinson), de Freund et Chadwick). Les bassinets (cas de Murchinson) et les calices (cas de Leudet) se distendent à leur tour, et il se produit une *hydronéphrose*. Chez la malade de Freund et Chadwick il y avait *dilatation* et *inflammation chronique de l'uretère*.

Dans certains cas, les *uretères sont déviés* (cas personnel) ; dans d'autres ils sont enfouis au sein d'adhérences épaisses. Il se produit, en effet, entre le kyste pelvien et les uretères un processus de périkystite inflammatoire tout à fait analogue à celui que Quénu signalait au sujet de certains kystes de la face inférieure du foie qui englobent dans leur paroi les canaux biliaires au lieu de les refouler.

3° Reins. — Dès que l'hydronéphrose est apparue à la suite de la compression urétérale, le terrain se trouve admirablement préparé pour l'infection ; pour combattre les accidents de rétention, on est obligé de faire le cathétérisme de l'urèthre et la plus légère faute d'asepsie provoque une infection vésicale qui devient rapidement ascendante : la *pyélonéphrite* est alors constituée (Cranwell).

Dans certains cas, on a observé de l'*atrophie du parenchyme rénal* (cas de Leudet) ; et à l'autopsie de sa malade, Murchinson trouva les reins petits et granuleux. Enfin, dans les cas d'anurie, les malades peuvent,

si l'on n'intervient pas à temps, succomber à la suite d'*accidents urémiques* (observation de Seydel et de Budor).

F. Complications génitales. — Les complications portant sur les organes génitaux sont également dues à des phénomènes de compression et il y a lieu de les considérer suivant que la femme est ou n'est pas enceinte.

1° La femme n'est pas enceinte. — La compression exercée par la tumeur pelvienne sur l'*ovaire* peut entraîner une atrophie plus ou moins complète de cet organe.

Du côté de l'*utérus*, on observe un déplacement, en haut, vers la cavité abdominale du corps utérin qui se trouve comprimé contre la symphyse pubienne, ou bien le col peut subir une distorsion plus ou moins accentuée. Parfois la tumeur échinococcique vient comprimer fortement les parois de l'utérus qui s'usent au contact du kyste, et les fibres lisses du muscle utérin finissent par s'atrophier au point de ne plus former qu'une mince lamelle, qui se rompt très facilement ; aussi est-ce là, comme nous le verrons plus loin, une grande cause de dystocie.

Les *troubles fonctionnels* sont surtout fréquents et dus au grand développement que prennent habituellement les kystes hydatiques du petit bassin ainsi qu'aux compressions qu'ils déterminent. La menstruation peut être augmentée ou diminuée suivant la localisation de la tumeur (cas de Dohrn, de Monéger de Péan, etc.) et parfois il existe de véritables métrorrhagies (cas de Havage). Ces troubles menstruels se produisent surtout lorsque les ovaires sont comprimés ; les règles sont alors diminuées. Elles augmentent d'intensité si le kyste est sous-muqueux ; elles s'accompagnent de douleurs expulsives lorsque l'on a affaire à un kyste intra-utérin.

Chez certaines malades, on peut observer de la dys-

ménorrhée (cas de Martin, de Villard, etc.) ou simplement des règles plus douloureuses qu'à l'ordinaire (cas de Gassel).

De plus, lorsque les kystes échinococciques sont multiples et que l'un d'eux vient faire saillie dans les culs-de-sac vaginaux, on voit se produire un *abaissement et un aplatissement du vagin* (cas de Schwartz) ; parfois le calibre de ce conduit est tellement rétréci que c'est à peine s'il peut admettre le doigt lorsque l'on veut faire le toucher vaginal.

Il peut survenir, en outre, des *déchirures du cul-de-sac postérieur*, comme chez la malade de Villard.

Enfin, au point de vue de la vie sexuelle, le kyste hydatique pelvien peut entraîner la *stérilité* par compression et torsion des trompes (Duvelius).

2° Pendant la grossesse. — Il est intéressant de signaler l'influence réciproque, exercée l'un sur l'autre, par la grossesse et le kyste hydatique. En 1867, J. Finsen (1), émettait cet avis que « la grossesse joue souvent un grand rôle dans le développement des échinocoques. » Puis nombre d'auteurs ont confirmé cette opinion de Finsen ; c'est ainsi qu'en 1895, Larre (2) disait : « la grossesse agit directement sur la tumeur, en favorisant l'infection parasitaire et en activant son développement. Nous savons que la grossesse entraîne deux modifications importantes dans la circulation du petit bassin : elle active la circulation artérielle et gêne celle des gros troncs veineux qui se déchargent au profit des veines de la paroi. L'hypervascularisation a pour effet de charrier en plus grand nombre les parasites vers la ceinture pelvienne tout en apportant, en plus grande quantité, des aliments à la tumeur. »

Un certain nombre d'auteurs ont contesté cette influence de la grossesse sur le développement des kystes hydatiques ; mais Franta, dans son mémoire sur les

(1) J. Finsen. (*Arch. gén. de méd.*, Paris. 1869, page 38).

(2) H.-F. Larre. Etude surles kystes hydatiques des os du bassin. (*Thèse de doct.*, Bordeaux, 1895 in-8°).

kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue dystocique, déclare qu'au cours de la grossesse, on a l'occasion d'observer assez souvent l'apparition de la tumeur elle-même ou l'éclosion des premiers symptômes qui jusqu'alors étaient restés latents. La grossesse devient ainsi la cause révélatrice d'un kyste hydatique par le coup de fouet qu'elle imprime à son développement : en fait, elle amène des poussées inflammatoires qui augmentent rapidement le volume du kyste et modifient son contenu.

Très souvent, les kystes sont supportés d'une façon remarquable pendant la grossesse ; parfois ils ne donnent lieu à aucun symptôme ; et l'existence de la tumeur n'est reconnue qu'accidentellement.

Quelquefois, cependant, l'attention est attirée par des signes de compression, du côté du petit bassin, ou par des symptômes généraux graves, qui nécessitent une intervention. Dans certains cas, on peut voir survenir des accidents d'intoxication hydatique, quand les kystes sont enflammés ou quand les hydatides sont mortes sans qu'il y ait rupture : les phénomènes observés peuvent alors en imposer pour des *signes d'auto-intoxication gravidique*, avant-coureurs de l'éclampsie (Bar). Dans certains cas il peut se produire une rupture utérine (Observation de Tissier et Desfosses).

Enfin, pendant la grossesse, le kyste hydatique peut suppurer et se mettre en communication avec les organes voisins ; ou bien il peut se rompre dans la cavité abdominale. Toujours, en pareil cas, le pronostic est des plus défavorables.

3° Pendant le travail. — Dans tous les cas signalés par les auteurs, le kyste hydatique apporte une entrave à l'engagement de la partie fœtale.

Le col, rejeté très haut et très en avant, se dilate lentement, péniblement, parce qu'il est comprimé contre la symphyse pubienne et la partie fœtale reste élevée et parfois inaccessible ; la tumeur est ainsi une cause de rupture utérine, pouvant entraîner la mort rapide

de la mère et de l'enfant. En outre, le kyste peut se rompre pendant le travail, et évacuer son contenu dans le voisinage ; il peut aussi être expulsé, au devant de la partie fœtale, par une déchirure faite dans la paroi vaginale ; de toutes façons, le pronostic est sérieux.

4° Pendant l'accouchement. — Pendant l'accouchement, on retrouve les mêmes difficultés qui compliquent le travail. Le kyste se présente toujours comme une tumeur fixe, irréductible, plutôt rénitente que fluctuante, souvent assez dure pour faire croire à une tumeur solide, à un fibrome avec lequel on peut la confondre, surtout si l'anamnèse n'a pas fourni de renseignement précis sur la nature de la tumeur ; et il constitue un obstacle immuable que l'on est obligé de tourner (opération césarienne) ou de détruire (ponction, incision, etc.). Si l'on n'intervient pas, l'on peut observer les mêmes accidents que pendant la grossesse ou le travail et ces lésions entraînent toujours les conséquences les plus graves, la mortalité étant d'environ 37 pour 100 (Bar et Dambrin).

5° Pendant les suites de couches. — Rarement les suites de couches sont normales ; le plus souvent, elles sont pathologiques et s'accompagnent d'affections graves.

Très fréquemment, le kyste suppure et la suppuration vient s'ouvrir dans les organes voisins ; elle survient, en général, à la suite d'une infection immédiate venant du dehors (ponction) ou sous l'influence de l'infection puerpérale transmise par la voie lymphatique ou par la voie sanguine (Franta).

Lorsque le kyste hydatique n'a pas suppuré, on le voit quelquefois devenir très douloureux : cela s'explique par les altérations inflammatoires périkystiques qui aboutissent à l'adhérence de la tumeur aux organes voisins.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Sans être extrêmement grave, le pronostic des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, doit être réservé. Nous avons vu, en effet, dans un chapitre précédent, que la guérison spontanée était exceptionnelle, que le kyste avait une évolution pour ainsi dire fatale et qu'il entraînait très souvent la mort par suppuration, par perforation ou par cachexie lorsque l'on n'intervenait pas.

L'irritation constante subie par le péritoine amène des adhérences solides qui unissent le kyste aux organes voisins ; et cette complication assombrit beaucoup le pronostic de l'opération qui est, en pareil cas, toujours laborieuse et souvent fertile en incidents plus ou moins fâcheux, tels que les hémorragies, la perforation intestinale, la section d'un uretère, ou la rupture du kyste dans le péritoine (Bonnaire). De plus nous savons que, par les phénomènes de compression qu'elle provoque, la tumeur détermine des troubles vésicaux, de la dilatation des uretères et des bassinets avec toutes leurs conséquences, et la possibilité d'une péritonite par propagation ou par perforation.

Enfin, les kystes hydatiques intra-pelviens peuvent entraver la marche de la grossesse et surtout s'opposer à l'expulsion spontanée du fœtus : ils deviennent ainsi de véritables causes de dystocie et les malades meurent le plus souvent d'infection puerpérale ou de péritonite

purulente. En outre, la grossesse exerce une influence fâcheuse sur l'évolution des kystes qui augmentent rapidement de volume et deviennent ainsi le point de départ de complications multiples. Le pronostic, quelquefois sévère, quand le kyste est unique, devient désespéré quand il y a généralisation par multiplicité des tumeurs. L'affection évolue alors à la façon d'un néoplasme déterminant des métastases dans tous les organes voisins.

Les troubles sont graves et variés suivant la diversité des localisations ; la cachexie est précoce et l'intervention est alors impuissante à sauver la malade.

CHAPITRE IX

Diagnostic

Le diagnostic des kystes hydatiques du petit bassin est, en général, assez difficile à établir ; le plus souvent, on ne peut le faire que par exclusion ; et parfois, les symptômes passent complètement inaperçus : dans l'observation de Porak, la parturiente ne se doutait pas qu'elle avait une tumeur du petit bassin ; aucune douleur pelvienne n'avait, auparavant, attiré son attention et il fallut que l'accouchement fut rendu impossible et que des accidents survinssent, pour qu'on en eût connaissance.

A. D'après les symptômes observés

Diagnostic symptomatique. — Pour Freund dont le nom fait autorité en la matière, le diagnostic précoce est ordinairement facile à faire ; et il estime qu'à la période initiale, on doit penser à une tumeur hydatique : « 1° Lorsque l'on constate l'existence d'une ou plusieurs tumeurs arrondies, bien lisses, tendues et élastiques, situées dans la partie postérieure du bassin, au voisinage du rectum, peu mobiles, non douloureuses à la pression, indépendantes de l'utérus et des annexes et surtout des ovaires ; 2° lorsqu'une semblable tumeur ne s'accompagne ni de troubles de l'état général ni d'accidents locaux. »

Sans partager l'optimisme de Freund qui, d'ailleurs,

a commis une erreur de diagnostic, en prenant, chez une de ses malades, un kyste hydatique pour une tumeur fibro-kystique de la paroi postérieure de l'utérus, nous ne devons pas oublier que, seul, l'examen des symptômes peut nous mettre sur la voie. Mais, nous avons vu déjà que les signes des kystes hydatiques pelviens sont des plus variables et qu'aucun d'eux n'est suffisamment caractéristique pour servir de base à un diagnostic précis.

On reconnaît d'ordinaire, un kyste hydatique à l'absence de signes réactionnels, aux caractères de la tumeur qui est lisse, arrondie, rénitente, jouissant d'une mobilité très limitée, quelquefois impossible à réduire et à refouler vers le détroit supérieur, à sa multiplicité, et, dans quelques circonstances favorables, au frémissement hydatique ; mais nous savons que ce dernier signe, que l'on considère habituellement comme pathognomonique, fait presque toujours défaut dans le kyste hydatique pelvien. En outre, la constitution physique, chimique et microscopique du liquide qu'il contient, peut éclairer le diagnostic.

Enfin, ce sont surtout les *commémoratifs* qui nous permettront de penser à l'existence de kystes hydatiques. En interrogeant attentivement la malade et en examinant, avec le plus grand soin, l'état de son foie et de sa rate, on peut découvrir qu'à une certaine époque, la malade a présenté des symptômes (accidents péritonitiques, urticaire, etc.) qui pourraient indiquer la rupture d'un kyste hydatique primitif, à la suite de laquelle les vésicules sont venues se greffer dans le cul-de-sac de Douglas. D'autres fois la malade nous apprend qu'elle a déjà été opérée pour un kyste hydatique abdominal (du foie, de la rate ou de l'épiploon) ; et ce diagnostic antérieur nous permettra de porter celui de kyste hydatique pelvien.

De même on peut avoir déjà une certaine présomption si, dans la famille de la malade, certains ascendants ont eu des kystes hydatiques ; tel le cas de cette

malade opérée par M. Guinard, et dont le frère avait eu la même affection (1).

Mais, en règle générale, le diagnostic reste assez difficile à établir ; l'étude des symptômes seuls ne suffit pas à lever tous les doutes : aussi s'explique-t-on les erreurs de diagnostic que l'on a pu relever à la lecture des observations publiées dans la littérature médicale. Enfin il faut utiliser aussi les autres moyens de diagnostic et, avant tout, le toucher rectal et le toucher vaginal doivent nous venir en aide.

B. Ponction et exploration

D'autres éléments de diagnostic peuvent encore être mis en jeu : ce sont la ponction exploratrice du kyste et la laparotomie exploratrice.

La *ponction capillaire*, faite avec l'aiguille n° 2, par voie vaginale ou rectale, offre dans cette région moins de danger qu'au niveau du foie, par exemple ; mais elle ne donne souvent aucun résultat ; car les vésicules-filles qui sont quelquefois très nombreuses peuvent obstruer l'aiguille et la ponction ne ramène aucun liquide. La *ponction exploratrice*, faite avec le trocart, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit même par le rectum, donne le plus souvent des renseignements exacts (Brill, Péan, etc.) ; et l'examen du liquide recueilli vient confirmer le diagnostic de kyste hydatique. Mais cette ponction avec le trocart, qui a été longtemps un des moyens de traitement de tous les kystes de la cavité pelvienne, offre de réels dangers. On n'est jamais sûr de la nature du liquide que l'on va recueillir ; on peut, en effet, avoir affaire à un kyste de l'ovaire ou à un kyste dermoïde dont le contenu est septique, ou bien encore à une tumeur maligne à poches kystiques dont le liquide irritant peut s'écouler dans le péri-

(1) Devé. De l'échinococcose familiale. (*Arch. gén. de méd.*, Paris, oct. 1607, n° 10).

ritoine et déterminer une péritonite partielle ou généralisée (Benoit). Enfin, il est un autre obstacle à la ponction exploratrice ; c'est la fréquence, de l'inflammation et de la suppuration de la poche kystique consécutive à cette exploration.

La *laparotomie exploratrice* a été préconisée par Brose ; mais il ne semble pas que l'on doive la ranger parmi les moyens de diagnostic ; elle constitue un mode de traitement et doit être considérée comme telle ; c'est le premier temps de l'ablation des kystes hydatiques pelviens, qui est l'intervention de choix pour ces tumeurs.

C. *Diagnostic différentiel*

L'étude des symptômes observés n'étant pas suffisante pour poser le diagnostic, il est important de ne négliger aucun des phénomènes susceptibles de nous permettre de faire un diagnostic différentiel ; et il nous faut passer en revue les différentes affections qui peuvent être confondues avec les kystes hydatiques du bassin.

Affections des divers organes abdominaux. — Nous ne citerons que pour mémoire certains kystes du foie, les kystes hydatiques du mésentère et de l'épiploon, le rein flottant, l'hydronéphrose, etc. Mais ces affections ne sauraient prêter à confusion ; le seul toucher rectal suffit pour lever tous les doutes et nous montrer qu'il n'existe aucune production pathologique dans le cul-de-sac de Douglas.

Affections du péritoine. — Dans certains cas, les malades présentent des symptômes qui font penser à des accidents de péritonite, surtout de *péritonite enkystée :* on observe alors des vomissements, du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales sourdes et continues, etc. Chez la malade de Lancereaux (cas

cité par Gérard, 1876), on avait porté le diagnostic de *péritonite tuberculeuse*, d'après les signes observés.

Dans la *tuberculisation des ganglions mésentériques*, on trouve des selles diarrhéiques alternant avec de la constipation, de la fièvre hectique qui présente des exacerbations vespérales, des sueurs nocturnes, des tubercules pulmonaires. De plus, ces tumeurs ganglionnaires sont situées profondément le long de la colonne vertébrale et elles n'atteignent jamais le développement des kystes hydatiques : la confusion n'est donc pas possible.

Lorsqu'il existe du liquide dans la cavité abdominale, on peut penser à un *cancer du péritoine*, surtout si l'on tient compte de l'âge, de l'évolution rapide de la tumeur et des troubles précoces survenus dans l'état général de la malade ; mais les signes caractéristiques du cancer (amaigrissement, teinte jaune paille, cachexie, etc.) viennent lever tous les doutes.

Enfin, dans l'*ascite*, on trouve un liquide extrêmement mobile se déplaçant suivant les positions données à la malade, en même temps que coexiste une affection cardiaque ou une lésion rénale.

De plus, il ne faut pas oublier que l'ascite, à développement rapide et passager, survient de façon presque constante, ainsi que le météorisme abdominal à la suite de la rupture des kystes dans le péritoine ; lorsqu'elle s'accompagne d'urticaire, elle indique de façon caractéristique qu'il s'agit d'une tumeur hydatique.

Tumeur des parois du petit bassin. — Ces affections qui sont assez rarement une cause de dystocie siègent dans les parties molles ou dans les os.

Les *exostoses* (cas de Sadler) et les *cals vicieux* siègent sur la ceinture osseuse du pelvis et sont facilement reconnaissables à leur dureté et à leur immobilité.

Les *chondromes* sont des tumeurs circonscrites, très mamelonnées, de consistance très dure et élastique mais qui n'est pas égale partout ; on rencontre, par

places, une résistance qu'on ne retrouve jamais dans un kyste hydatique.

Les *tumeurs malignes solides* se distinguent suffisamment des kystes du bassin par les symptômes graves qui les accompagnent, par leur marche rapide, la cachexie qu'elles produisent et les douleurs qu'elles provoquent, indépendamment de celles qui résultent de la compression ou de la destruction des organes voisins. Parmi elles, le *sarcome kystique* offre quelques analogies avec les kystes hydatiques ; mais il siège surtout sur les os de la ceinture pelvienne ; il y a une consistance très dure par endroits, très molle en d'autres ; il est inégal, fluctuant, bosselé et adhérent.

Les *tumeurs bénignes solides* présentent quelques phénomènes communs avec les kystes hydatiques du petit bassin. Leur marche est lente ; la santé des malades reste relativement bonne. De plus, elles sont indolentes ou ne provoquent que des douleurs de compression.

Affections de l'ovaire. — La distinction entre un kyste hydatique pelvien et un kyste de l'ovaire est quelquefois très difficile à établir. Ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même évolution ; dans ce cas, la ponction exploratrice seule fait faire le diagnostic. Mais d'ordinaire la consistance du kyste de l'ovaire n'est pas la même ; elle est moins dure, moins élastique ; la fluctuation est plus facile à percevoir ; l'évolution petit bassin, remonte vite dans la cavité abdominale ; elle est presque toujours unique et sa surface est souvent inégale et bosselée ; enfin, l'utérus peut se trouver abaissé et dévié en antéversion ou en rétroversion. Dans le cas de Schroeder, on fit le diagnostic de kyste enclavé de l'ovaire ; et chez la malade de Sonntag, on avait songé à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Le *kyste dermoïde* de l'ovaire donne presque tou-

jours de la fluctuation en un point ou en l'autre ; son caractère modulé spécial et la dureté osseuse qu'il présente par places permettent de faire le diagnostic.

Les *tumeurs fibreuses* de l'ovaire sont très rares et le *cancer* de cet organe s'accompagne d'ascite et d'altération très rapide de l'état général.

Affections des annexes de l'utérus. — Les kystes hydatiques pelviens ont été souvent pris pour des *salpingites* (cas de Ferval) ou des *salpingo-ovarites*. Dans ces dernières affections, on constate une douleur nettement localisée sur les côtés de l'utérus, et qui s'exaspère par le toucher et le palper abdominal, ainsi qu'au moment des règles. En outre, chez des femmes atteintes de salpingite, on voit souvent, à des intervalles à peu près réguliers, des poussées inflammatoires fébriles ayant tous les caractères de phénomènes péritonitiques : on ne voit rien de semblable dans les kystes hydatiques.

La rupture d'un *pyo-salpinx* ou d'un *abcès pelvien* ne semble pas avoir donné lieu à quelque méprise.

Dans certains cas, le début est brusque ; les symptômes sont alarmants et tout fait croire à une *hématocèle rétro-utérine* (cas de Trousseau, de Villard, etc). Cette affection siège dans le cul-de-sac postérieur ; la tuméfaction produite est impossible à délimiter exactement ; elle est de consistance assez dure, mais inégale, et elle s'accompagne de douleurs vives et de phénomènes généraux. Son évolution est plus rapide et elle aboutit fréquemment à la suppuration ; souvent aussi, on trouve une coloration caractéristique de la muqueuse du cul-de-sac vaginal.

L'erreur est fatale et il n'existe aucun signe capable de différencier l'hématocèle rétro-utérine de la tumeur échinococcique lorsque le kyste hydatique, jusqu'alors silencieux et ignoré vient à s'enflammer et que ses manifestations douloureuses coïncident avec une période menstruelle (cas de Tuffier et de Bonnaire).

Affections utérines. — 1°) *Si la femme n'est pas enceinte*, le diagnostic différentiel doit être fait avec le *fibrome de l'utérus*. Ce dernier se distingue par sa mobilité et par les troubles menstruels qu'il produit. Le toucher vaginal et la palpation abdominale permettront souvent de le mobiliser ; on sent alors qu'il fait corps avec l'utérus ou qu'il lui est uni par un pédicule. Les hémorragies, fréquentes dans le fibrome, sont très rares dans les kystes hydatiques pelviens qui ne s'accompagnent, en général, que de troubles menstruels légers. En même temps, dans le cas de fibrome, on perçoit, par la palpation abdominale, des bosselures, des inégalités ; souvent même la tumeur paraît bilobée.

Pendant la grossesse, les fibromes se ramollissent et ont alors une consistance analogue à celle des kystes. Ils sont souvent multiples ; aussi, comme dans le cas de Pinard, si la palpation révèle l'existence de tumeurs paraissant adhérentes à l'utérus et semblant durcir à la contraction, et si l'on se souvient que les tumeurs fibreuses sont bien plus fréquentes que les kystes hydatiques, la ponction seule peut établir le diagnostic. Parmi les cas de kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas qui furent pris pour des fibromes utérins, il convient de citer ceux de Dohrn, de Faure, de Freund et Chadwick, de Mayer, de Monéger, de Péan, de Potocki, de Thornton, etc.

Enfin, chez la malade observée par Leudet (1856), les symptômes qu'elle présenta firent penser à une simple *rétroversion utérine*.

2°) *Lorsque la femme est enceinte*, le kyste hydatique pelvien peut être confondu avec la grossesse extra-utérine et la môle hydatiforme.

Dans les quatre premiers mois, la *grossesse extra-utérine* est difficile à distinguer d'un kyste hydatique du petit bassin. Les commémoratifs sont surtout importants à connaître et il ne faut pas oublier de faire l'examen des seins et de la ligne blanche de l'abdomen.

Souvent, il se produit des hémorrhagies utérines qui

peuvent survenir, soit d'une façon irrégulière et capricieuse, soit au moment des époques menstruelles. Quelquefois, au cours de l'hémorrhagie, il y a expulsion d'une partie de caduque ; le col utérin présente les modifications caractéristiques de la grossesse : il est remonté et ramolli et l'on a signalé l'existence de contractions intermittentes des parois utérines (KALTENBACH, BANDL). Puis, le corps utérin est dévié et augmenté de volume.

A partir du quatrième mois, les signes de certitude, identiques à ceux de la grossesse normale, permettront de lever tous les doutes (BENOIT).

La *môle hydatiforme* se distingue par une augmentation de volume de l'utérus, comme dans la grossesse ; mais cet organe est bosselé, inégal.

Peu de temps après l'augmentation de l'utérus, apparaissent des hémorrhagies assez abondantes qui surviennent à des époques variables et avec plus ou moins d'intensité. Il y a souvent expulsion de vésicules hydatiformes ; mais ces vésicules ont un aspect spécial bien différent de celui que présentent les vésicules échinococciques (1).

En outre, la môle hydatiforme est toujours accompagnée des autres symptômes de la grossesse ; et son évolution est caractéristique.

Enfin, les kystes hydatiques du petit bassin ont souvent fait croire à une *grossesse au début*. L'erreur est aisée avant l'établissement des signes de certitude de la grossesse ; car, dans les deux cas, on peut noter la suppression des règles et des troubles digestifs ; mais elle n'est plus possible à une période un peu plus avancée, dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus.

AFFECTIONS DU VAGIN. — Les affections du vagin prêtent peu à la confusion. Toutefois, il convient de mentionner les *fibromes* (*ou polypes*), qui font toujours

(1) Autrefois les anciens auteurs confondaient l'une et l'autre hydatide.

une saillie plus ou moins prononcée dans la cavité vaginale, mais sont reconnaissables au toucher.

Le *thrombus* est aisé à reconnaître du fait même de son siège, de son développement rapide et des phénomènes généraux qui l'accompagnent.

Quant aux *kystes muqueux*, ils présentent absolument les mêmes signes que les kystes hydatiques : la ponction seule peut établir le diagnostic.

Dégénérescence et suppuration du kyste. — Enfin, lorsque l'hydatide est morte, le kyste peut présenter de la *dégénérescence graisseuse*. On la confondra alors avec une tumeur solide bénigne : l'ablation et l'examen anatomo-pathologique permettront de reconnaître sa nature (Porak).

Dans d'autres cas, il peut devenir le siège d'*inflammation* et de *suppuration ;* il est alors facile de le confondre avec un abcès ou avec toute autre tumeur liquide, puisque l'évolution peut être aussi latente que dans les cas où l'hydatide est vivante. Le diagnostic différentiel ne sera possible qu'après l'expulsion de vésicules ou de crochets et de débris de membranes qu'il sera facile d'examiner au microscope.

D. *Diagnostic par les méthodes expérimentales*

Cette étude diagnostique nous montre que nombre d'affections peuvent être confondues avec le kyste hydatique pelvien. Dans bien des cas, le diagnostic reste en suspens.

Des méthodes récentes permettent actuellement de conclure avec certitude à l'échinococcose du cul-de-sac de Douglas.

Nous signalons pour mémoire la radioscopie qui, si elle a pu donner quelques renseignements dans les kystes hydatiques du foie ou du pancréas, n'est d'aucune utilité pour les kystes pelviens.

1° Eosinophilie. — On a fondé de grandes espéran-

ces sur la constatation de l'éosinophilie dans le sang des individus atteint de kystes hydatiques. Malheureusement un grand nombre de lésions inflammatoires sont susceptibles de déterminer l'éosinophilie. Cette constatation de polynucléaires éosinophiles n'aura de valeur diagnostique que si elle est permanente et accentuée (8 à 10 p. 100).

Contrairement à une opinion qui avait été tout d'abord soutenue, l'absence d'éosinophilie ne plaide pas contre le diagnostic de kyste hydatique.

Il est deux méthodes récentes qui paraissent donner des réactions tout-à-fait spécifiques, mais elles sont de valeur inégale.

2° Précipito-diagnostic. — La première est celle de Fleig et Lisbonne (1) basée sur la formation de substances précipitantes dans le sérum des individus atteints de kystes hydatiques ; ils ont créé ainsi un procédé de recherche auquel ils donnent le nom de *précipito-diagnostic*.

Malheureusement les travaux de Welsh et Chapman et de Weinberg ont montré que la recherche des précipitines dans le sérum des individus suspects d'échinococcose donnait des résultats inconstants.

3° Réaction de Weinberg. — La deuxième méthode est basée sur la déviation du complément ; elle est dérivée des recherches de Bordet et Jengon et a été inaugurée par Ghedini (2) en 1906 ; puis par Apphatie et Lorenz (3) ; enfin et surtout par Weinberg (4) qui en a précisé la technique, l'a vulgarisée et rendue désormais classique.

Cette réaction de Weinberg (5) ou séro-diagnostic

(1) Fleig et Lisbonne. (*Société de Biologie*, Paris, 29 juin 1907).

(2) Ghedini. (*Gaz. degl. Osped.*, 1906 ; 1907).

(3) Apphatie et Lorenz. (*Rev. de la Soc. méd. Argent.*, 12 oct. 1908 ; nov.-déc. 1908 p. 620).

(4) Weinbern et Pawi. (*Soc. de biologie*, Paris, 3 déc. 1908, p. 562).

(5) Weinberg. (*Annales de l'Institut Pasteur*, Paris, juin 1909. — Cité par Durand, *Thèse de Doct.*, Paris; juillet 1909).

de l'échinococcose, paraît mériter toute confiance ; car elle a une grande valeur clinique. La réaction de fixation est positive dans tous les cas où il existe dans l'organisme le moindre kyste hydatique. En dépit de causes d'erreurs exceptionnelles (cas de DELBET) le résultat positif de cette réaction a toujours été confirmé par les constatations opératoires. La réaction conserve sa netteté et son caractère démonstratif, même dans le cas de kyste hydatique suppuré.

Quand elle est négative, on peut conclure nettement à l'absence de nature hydatique de la tumeur.

La persistance de la réaction de fixation après extirpation de la tumeur hydatique indique soit une récidive, soit l'existence d'un autre kyste en évolution dans l'organisme. Il ne faut pas oublier, cependant, que la réaction reste positive pendant un temps très variable après l'intervention, suivant les individus, alors qu'il n'existe plus aucune tumeur hydatique chez l'opérée.

En un mot, cette méthode est précieuse ; mais, comme le remarque avec justesse M. le Professeur Delbet, la technique de la réaction de Weinberg est délicate et n'est pas actuellement à la portée de tous les praticiens.

CHAPITRE X

Traitement

Sans vouloir insister longuement sur les méthodes anciennes préconisées dans le traitement des kystes hydatiques pelviens, nous dirons que, jusqu'en 1880, deux seuls moyens étaient mis en pratique : la ponction et l'incision vaginale.

Ponction. — La ponction est, en elle-même, une opération des plus simples ; elle consiste à enfoncer un trocart soit par l'abdomen, soit par le vagin et à vider le contenu du kyste ; cette ponction peut être simple ou suivie d'une injection de liquide modificateur (sublimé, iode, etc.). Mais cette façon d'agir, praticable à la rigueur dans les kystes hydatiques du foie ne saurait convenir aux kystes hydatiques de la cavité recto-utérine. En effet, après la ponction, ces derniers n'ont aucune tendance à se rétracter ainsi que le font les kystes hydatiques du foie. Cela tient à ce qu'ils ont trop de connexions avec les organes du bassin auxquels ils sont unis par des adhérences très solides.

La ponction une fois terminée, le kyste peut ne plus contenir de vésicules ; il subit alors une dégénérescence particulière s'accompagnant d'un certain degré de pelvi-péritonite, et il laisse subsister une tumeur, plus petite que la précédente, mais souvent plus douloureuse, très gênante et capable de s'enflammer et de suppurer à la moindre occasion (Benoit). Ou bien, le kyste se re-

produit aussi volumineux et l'on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, se produire de la suppuration de la poche kystique.

Incision vaginale. — L'incision de la poche par le cul-de-sac vaginal, présente certains avantages ; elle permet l'évacuation complète du kyste, surtout si les vésicules sont nombreuses ; et elle prévient toute complication péritonéale, grâce à la voie, ainsi ouverte, qui permet un drainage facile. Mais elle n'empêche pas la suppuration de se produire et elle ne supprime pas le sac. Aussi peut-on voir également apparaître de la dégénérescence de ce sac et des phénomènes de pelvi-péritonite, à la suite desquels on observe des déviations de l'utérus et une immobilisation de cet organe en position vicieuse, capable de nuire à un accouchement ultérieur.

Laparotomie. — La voie la plus rationnelle est la voie abdominale et Cranwell estime que la voie d'élection doit être la voie hypogastrique recommandée par Tuffier, en 1891. Elle a l'avantage de permettre de faire une opération aseptique, de donner un jour large à l'opérateur et de faciliter l'extirpation des kystes multiples. On place la malade en position de Trendelenburg ; puis, une fois le ventre ouvert sur la ligne médiane, on reconnaît les organes pelviens qui sont, en général, refoulés vers le haut ; on protège soigneusement le péritoine avec des compresses ; puis l'on vide, le plus parfaitement possible, le kyste avec un trocart et l'on injecte dans son intérieur une solution de formol à 1 p. 100, en quantité voisine du liquide hydatique enlevé (1). Au bout de cinq minutes, on procède à l'extraction du kyste que l'on ouvre largement, en ayant soin d'extraire la membrane-mère avec les vési-

(1) Technique recommandée par Dévé. (*Société de biologie*, Paris, 17 janvier 1903).

cules et en séchant soigneusement la cavité de l'adventice, au moyen de gaze (Cranwell). Si le kyste hydatique a un contenu clair, il n'y a aucun inconvénient à le fermer en suturant complètement la paroi abdominale. S'il est infecté, il faut lui assurer un large drainage.

Indication de l'intervention. — Quelle que soit l'opération adoptée, l'intervention doit être aussi précoce que possible, pour éviter les complications, et surtout la formation des adhérences qui rendent l'opération si difficile.

Aussi, il ne faut pas oublier que l'ablation d'un kyste hydatique du petit bassin est toujours une opération pénible. Le chirurgien doit même envisager la possibilité d'une ablation impraticable et la nécessité d'une marsupialisation de la poche ; et il doit se souvenir que les brides formant les adhérences sont très vasculaires ; il devra donc, par prudence, passer le thermocautère sur leur tranche de section ou en faire, au moins, une double ligature.

Dans certains cas, les adhérences sont si solides que l'énucléation du kyste est impossible et que l'on doit faire l'hystérectomie totale (cas de Doléris, Guinard et Jacoulet, etc.).

Nous ne saurions trop insister sur une difficulté importante de l'extirpation chirurgicale de la tumeur ; nous voulons parler de la *lésion possible de l'uretère.* Ce conduit est souvent, soit dévié (cas personnel), soit intimement adhérent à la paroi même du kyste, soit enfoui au sein d'adhérences épaisses.

Un opérateur, non prévenu de ce fait, risquerait fort de léser l'uretère et de compliquer ainsi une intervention assez laborieuse par elle-même. Enfin, lorsqu'une grossesse coexiste avec le kyste hydatique pelvien, il vaut mieux le respecter s'il n'est pas trop volumineux, ou s'il ne paraît pas devoir gêner le travail, et ne l'opérer qu'après l'accouchement. S'il vient à gêner, le plus simple est de faire une version ou une application de

forceps (cas de Porak, Roux, Park, etc.). De toutes façons, il faut bien se garder de créer, pendant le travail, une voie d'absorption favorable aux germes septiques (Benoit). Mais, si l'accouchement ne peut pas se faire sans rupture du kyste, il vaut mieux faire la ponction ou, à son défaut, l'incision.

Si l'enfant est mort, il faut faire l'embryotomie sans toucher au kyste.

Quoiqu'il en soit, l'opération doit toujours être précoce, avant que l'utérus soit fatigué ou inerte et qu'il soit nécessaire de recourir à une intervention obstétricale longue et pénible. Les suites opératoires, faites en plein travail, sont souvent mauvaises et l'on a constaté plusieurs fois des suppurations tardives.

CHAPITRE XI

Observations

OBSERVATION PERSONNELLE I

La nommée Habina bent Hanine ben Abdallah El Maghrani, 30 ans, se présente à la consultation des femmes de l'hôpital Sadiki, en septembre 1908, se plaignant d'avoir, dans le ventre, une tumeur qui a grossi depuis plusieurs années, mais qui, depuis quelques mois, la fait souffrir.

Antécédents héréditaires. (?)

Antécédents personnels. — Réglée à douze ans ; les règles régulières ont brusquement disparu à l'âge de 19 ans pour ne plus reparaître.

Mariée à quatorze ans, pas d'enfants. N'a jamais été malade.

Etat actuel : Femme petite, assez grasse, d'aspect vigoureux. Douleurs : Siègent dans le bas ventre avec irradations du côté des reins et dans les cuisses, existant au repos mais exagérées par la station debout, la marche et les fatigues. L'examen de l'abdomen montre que la région est augmentée de volume.

Par la palpation, on sent une tumeur lisse, arrondie, rénitente, remontant jusqu'à l'ombilic.

La sensation de flot ne peut être obtenue.

La percussion montre à ce niveau une matité qui ne varie pas avec les changements de position imprimés à la malade.

Auscultation : rien.

Le toucher vaginal montre le col normal ; tous les culs-de-sac, sont saillants, surtout le postérieur.

Combiné à la palpation il montre la connexion intime de la

Nota. — On ne s'étonnera pas que la réaction de Weinberg, si précieuse pour le diagnostic, n'ait été recherchée dans aucune des observations récentes et inédites que nous apportons Ce fait tient à la rareté des kystes hydatiques pelviens. Le diagnostic, en effet, est rarement discuté.

tumeur et de l'utérus ; puisque les mouvements imprimés à la première sont communiqués au col utérin.

Du côté des autres organes, on note de la fréquence des mictions due à la compression de la vessie. On note également de la constipation.

Rien au cœur, rien dans les autres organes.

Le foie soigneusement examiné, paraît sain.

Rien dans les urines.

Le diagnostic hésite entre fibrome utérin et kyste de l'ovaire ou du ligament large.

Contre le premier, absence de dureté propre au fibrome remplacée par une sensation de rénitence.

Contre le diagnostic kyste, situation médiane de la tumeur et connexions étroites avec l'utérus.

Intervention le 3 septembre 1908 — Incision ombilico-pubienne. Ouverture de l'abdomen. Un kyste apparaît de la grosseur d'une tête d'adulte.

La ponction montre l'origine hydatique. Formolage et évacuation.

On reconnaît alors qu'il est développé aux dépens du cul-de-sac de Douglas intimement adhérent à l'utérus et au rectum. La main, introduite dans la cavité, montre que la tumeur descend jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du col.

A côté, un autre kyste, gros comme un œuf de pigeon siège sur l'ovaire gauche.

Le kyste du cul-de-sac est fermé par un premier surjet qui capitonne et efface sa cavité ; par dessus, second surjet à la Lembert.

Le kyste de l'ovaire est enlevé avec l'ovaire gauche. Hémostase.

Les annexes à droite sont saines.

Suture à la paroi en un plan avec fils métalliques.

Pas revue.

OBSERVATION II

(Dûe à l'obligeance de M. Gagneux, interne du service de M. le professeur Achard) [INÉDITE]

Le 14 février 1910, entre à l'hôpital Necker, salle Vernois, n° 17, dans le service de M. le professeur Achard, le nommé Gal..., âgé de 64 ans, atteint d'ictère chronique et souffrant de vives douleurs abdominales.

Dans les antécédents personnels de ce malade, on ne retrouve que le souvenir de coliques hépatiques remontant à une dizaine

d'années : les crises au nombre de trois se sont chaque fois accompagnées d'ictère, mais ont toujours rétrocédé rapidement au traitement habituel.

A l'âge de 27 ans, fluxion de poitrine.

Depuis plusieurs mois, le malade se plaignait de crampes d'estomac très douloureuses survenant régulièrement après chaque repas : jamais d'hématémèses ni de vomissements.

L'année dernière, il dut entrer à l'hôpital Boucicaut pour une insuffisance mitrale, bien compensée d'ailleurs puisque nous ne l'avons vu s'accompagner ni d'œdème des membres inférieurs, ni de troubles trophiques.

En janvier dernier, on l'envoyait en convalescence à Vincennes, et c'est là qu'il s'aperçut que sa face et son thorax commençaient à jaunir.

A cette date aussi remonte l'apparition de quelques douleurs vagues siégeant autour de l'ombilic et surtout dans la région de l'hypogastre.

Puis les jours suivants, l'appétit disparut complètement et notre malade s'amaigrit dans des proportions inquiétantes ; en même temps des vomissements apparurent assez fréquents, formés de matières alimentaires et bilieuses.

L'ictère s'accentue de plus en plus ; la faiblesse s'accroît et le malade entre à Necker, le 14 février dernier.

A cette date, l'état général est encore relativement bon.

Température, 37°.

Inspection : Ictère généralisé, sur la face, les globes oculaires, le tronc et les membres.

La langue est saburrale, l'haleine fétide.

L'appétit est nul mais toutefois sans dégoût électif.

La palpation profonde dénote un ventre flasque sans aucune tumeur palpable.

La pression éveille une douleur assez vive autour de l'ombilic, dans la région duodénale et suivant une horizontale passant à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic.

La percussion de la paroi abdominale dénote une sonorité dans toute son étendue mais sans météorisme spécial.

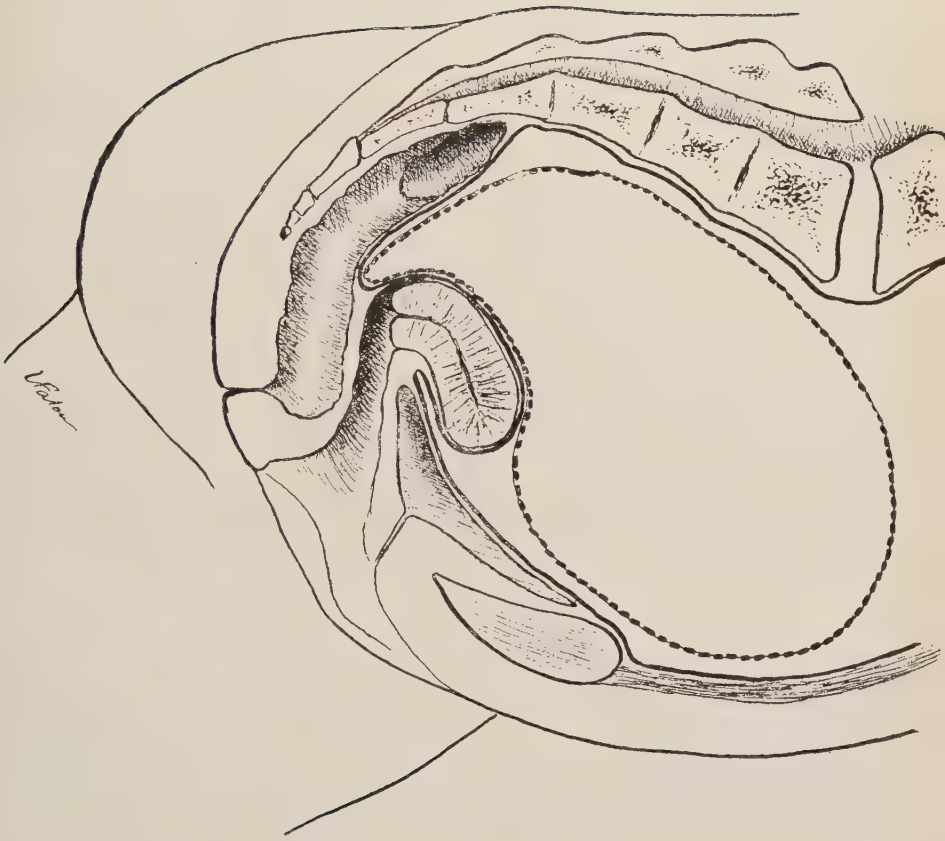
Matières fécales : blanches ou jaunâtres. Diarrhée. Stéarrhée.

Les urines sont rares, très foncées, ne contenant ni sucre, ni albumine, et d'ailleurs très chargées en pigments biliaires.

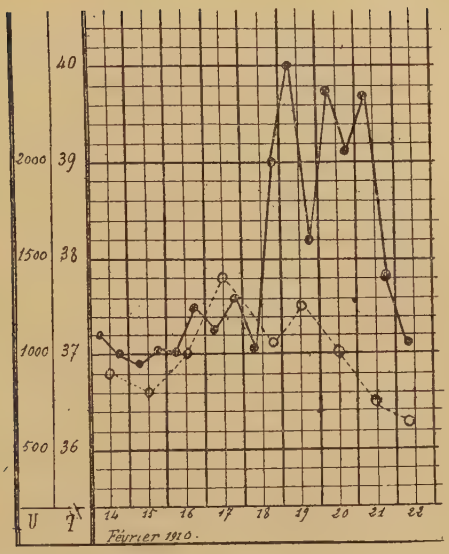
Cœur : Tumultueux à l'auscultation. Pouls = 56.

Poumons : Emphysème. Râles sous-crépitants aux deux bases. Expectoration noirâtre.

La température, normale à l'entrée à l'hôpital, s'est élevée



Coupe schématique du bassin montrant la situation du Kyste dans l'Observation N° 2



progressivement en trois jours à 40° ; et le malade meurt, le 22 février, de complications pulmonaires.

AUTOPSIE

Foie : Légèrement augmenté de volume. Surface lisse. Coloration grisâtre, jaune verdâtre à la coupe. Pas de cicatrices anciennes, ni de traces de kystes, actuellement disparus.

Rate : Normale, légèrement violacée.

Pancréas : Normal.

Reins : Petits, rétractés.

A l'ouverture du ventre, la masse intestinale bombe en avant surtout à la partie inférieure. Nous pensons à une rétention d'urine dans la vessie ; il n'en est rien ; mais la palpation nous fait sentir en arrière d'elle une masse assez volumineuse, légèrement fluctuante lui adhérant intimement.

D'un seul bloc, nous enlevons cette tumeur avec les tissus avoisinants afin de bien reconnaître ses rapports.

Un examen plus approfondi nous fait reconnaître un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas.

Ce kyste unique, du volume d'une grosse tête de fœtus paraît multiloculé ; une légère incision pratiquée sur l'une de ses faces n'amenant l'écoulement que d'une petite quantité de liquide clair ou mieux légèrement opalescent. Croyant avoir affaire à un kyste à échinoccoques secondaire à la rupture d'une tumeur plus haut située, nous faisons de nouveau un examen approfondi du

foie, organe où siège le plus fréquemment cette affection. Rien d'anormal n'est découvert de ce côté.

Les poumons, la plèvre, le cœur, les reins, le cerveau, les os sont intacts. De même que le péritoine, examiné de façon minutieuse dans toute l'étendue de l'abdomen, les anses intestinales étant l'objet d'une attention spéciale.

Seul le péritoine au niveau du cul-de-sac vésical a offert un terrain d'élection du parasite.

Nous nous trouvons donc en présence d'un kyste hydatique, primitif, du cul-de-sac de Douglas chez l'homme.

OBSERVATION III

(*Due à l'obligeance de MM. le Dr Guinard, chirurgien à l'Hôtel-Dieu et Jacoulet*) [INÉDITE]

G... Mathilde, 27 ans, institutrice, entre à l'Hôtel-Dieu, le 8 novembre 1909, salle Ste-Marthe, lit n° 37.

Depuis plusieurs mois, la malade a constaté une augmentation de volume du ventre sans ressentir autre chose qu'une simple gêne abdominale. Pas de modifications de l'état général ; pas de fièvre.

A l'examen du ventre, on constate une tumeur médiane dépassant l'ombilic et donnant l'impression d'une grossesse de plus de six mois. Néanmoins, la persistance des règles, l'absence de pigmentation de la ligne blanche, l'absence de modifications tant du côté des seins que du côté de l'utérus, firent abandonner ce diagnostic.

La malade avait présenté, à plusieurs reprises, des poussées d'urticaire ; d'autre part, son frère avait été opéré d'un kyste

On tombe sur un énorme kyste hydatique contenant des hydadatique pelvien.

Bref, le diagnostic porté fut kyste du ligament large.

Opération : Le 10 novembre 1909 (MM. Guinard et Jacoulet.)

Chloroforme. Laparotomie sous-ombilicale médiane.

On tombe sur un énorme kyste hydatique contenant des hydatides mortes et un liquide purulent.

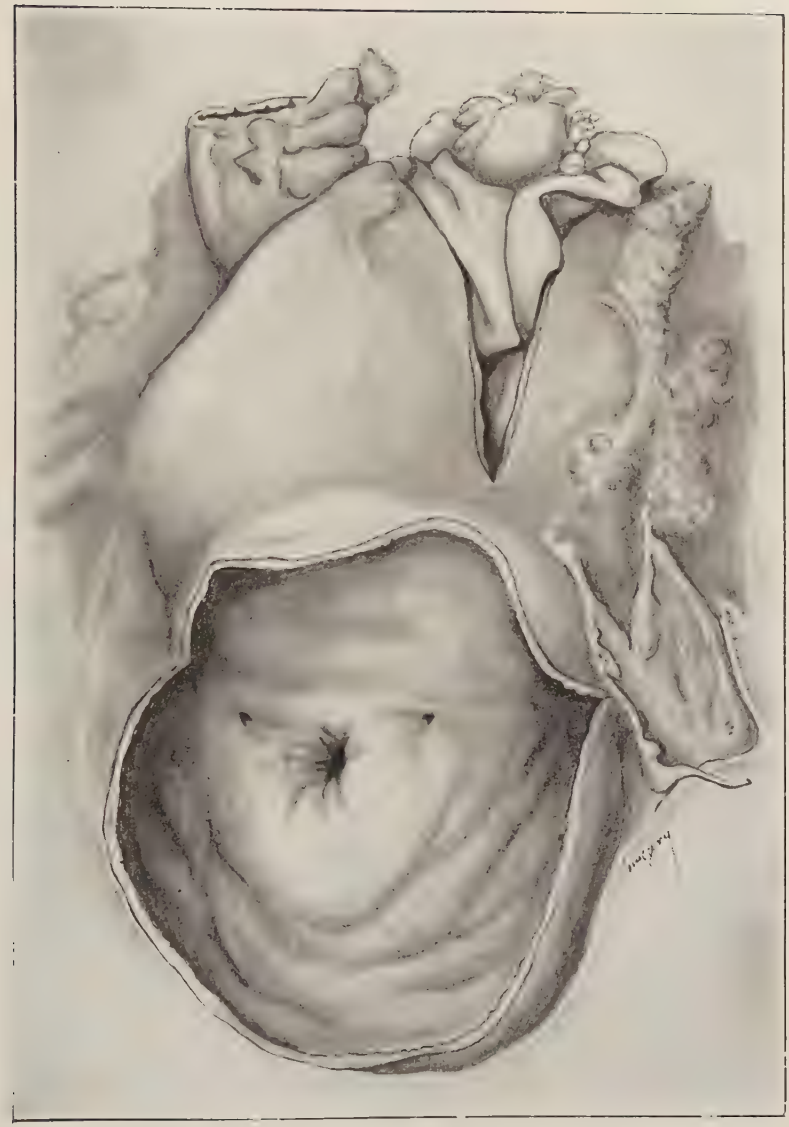
Ce kyste s'est développé entre le rectum et l'utérus ; il remplit le cul-de-sac de Douglas.

Les adhérences avec l'intestin grêle sont détruites.

En avant, on est obligé de séparer la poche hydatique de la face postérieure de l'utérus à laquelle elle adhère intimement ; on y parvient à grand'peine.

L'uretère gauche est adhérent à la poche hydatique : on le libère. Cette poche hydatique est enlevée.

On s'aperçoit alors qu'il existe deux kystes de l'ovaire : à droi-



DESSIN DE LA PIÈCE (Observation III)

te, le kyste a le volume d'une orange, à gauche, celui d'une grosse prune.

On se décide à faire l'hystérectomie subtotale.

L'opération ayant été laborieuse, on ne cherche pas l'appendice.

Drainage abdominal. Suture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires : L'état de la malade, un peu inquiétant les deux premiers jours, s'améliore rapidement.

On laisse le drain huit jours.

Amélioration progressive. La malade sort guérie le 27 décembre 1909.

Examen de la pièce : La poche hydatique contient environ deux litres de liquide.

L'utérus petit ne présente rien d'anormal.

Dans l'ovaire droit, du volume d'une grosse orange, on trouve une énorme poignée de cheveux châtains et un liquide huileux.

Sur la paroi de ce kyste dermoïde sont implantés d'autres kystes plus petits.

En un point de la paroi, on voit une saillie du volume d'une fraise des bois recouverte par un véritable cuir chevelu sur lequel sont implantés des poils adhérents.

Tout à côté, on trouve un second mamelon pédiculé comme un polype à côté de deux dents dont l'une molaire est absolument complète avec sa couronne, son collet, son ivoire et son émail.

L'ovaire gauche présente un kyste mucoïde à liquide gélatineux.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de mon excellent ami, M. le Dr Tribaudeau, chirurgien de l'hôpital civil français de Tunis [INÉDITE]

La nommée Mabrouka bent Salem ben Salah, âgée de 40 ans, se présente à la consultation, maigre, émaciée, accusant de la pesanteur dans le bas du ventre et des douleurs continues s'irradiant au périnée. Le toucher vaginal ne peut être fait.

Les règles seraient normales.

A l'examen, on constate que les fosses iliaques droite et gauche sont remplies par deux tumeurs du volume du poing, de contours irréguliers, la gauche assez mobile, la droite immobile et semblant fixée aux parois du bassin.

La palpation décèle encore dans l'abdomen de nombreuses petites tumeurs très mobiles qui fuient sous les doigts.

Le foie déborde d'un travers de main le rebord costal ; il est saillant dans l'hypochondre droit et résistant à la percussion.

Cœur et poumons sains. Traces d'albumine dans l'urine.

On diagnostique kyste hydatique du foie et échinoccose généralisée de la cavité abdominale.

En juillet 1907, première intervention sus-ombilicale sur le foie.

Le péritoine ouvert, on trouve le grand épiploon littéralement farci de kystes variant du volume d'un grain de riz à celui d'une noix. Le grand épiploon est reséqué en totalité. Il reste une infinité de petits kystes inclus dans le mésentère qu'on ne peut songer à enlever.

Ponction d'une volumineuse poche kystique développée à la partie antéro-inférieure du lobe droit du foie.

La tunique adventice se détache facilement, contenant de nombreuses vésicules filles. Formolage et assèchement de la cavité. La poche est fermée par un surjet. Suture sans drainage.

Suites opératoires simples. La malade quitte la clinique au bout d'un mois. Elle revient deux mois après.

L'état général est toujours précaire ; elle continue à souffrir et demande qu'on lui enlève les tumeurs qu'elle sent dans le bas ventre.

Opérée en octobre. Incision sous-ombilicale.

Nombreux kystes inclus dans les franges épiploïques de l'anse sigmoïde, ils sont enlevés assez facilement et semblent représenter la masse mobile qu'on sentait dans la fosse iliaque gauche.

A droite, nombreux kystes agglutinés dans le bassin, remplissant le Douglas, recouvrant l'utérus et les annexes droites et adhérents à un paquet d'anses grêles constellées elles-mêmes d'un semis de petits kystes.

Les tentatives d'énucléation et de décollement, très pénibles, provoquent un suintement sanguin en nappe.

L'opération devant être forcément incomplète on s'arrête là.

Ponction de la masse, évacuation de quelques cuillerées d'un liquide clair.

Injection de 5 cc. d'une solution de formol à 1 % dans chacun des plus gros kystes.

Le ventre est refermé sans drainage.

Le lendemain soir : température 39°7, pouls 112.

Les douleurs abdominales sont très vives.

Pendant quatre jours les douleurs persistent et la température oscille entre 37°7 et 38°2 ; puis tout revient à la normale.

La fosse iliaque gauche est libre.

Dans la fosse iliaque droite la tumeur est moins facile à délimiter.

On sent surtout un large gâteau d'empâtement.

La malade prétend ne plus souffrir.

Elle sort après quatre semaines et n'a pas été revue.

OBSERVATION V (1)

(*Due à l'obligeance de M. le Dr Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan* [INÉDITE])

S... Pauline, couturière, âgée de 31 ans. Entre à l'hôpital le 6 octobre 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante et bien portante. Père mort de cirrhose alcoolique.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans son jeune âge.

Réglée à douze ans, a toujours vu régulièrement.

Le mal commence à quatorze ans.

A ce moment, elle eut des crises se traduisant par des douleurs abdominales violentes, siégeant dans le bas ventre et s'irradiant dans tout l'abdomen.

Ces crises durant de trois à huit jours, étaient intermittentes et espacées, survenant à l'occasion de contrariétés.

Chaque accès était suivi d'un abattement marqué avec sensation de faiblesse générale.

A cette époque, le ventre n'était pas encore augmenté de volume, mais détail intéressant, remarqué par la malade, il lui semblait lorsqu'elle courait « avoir une bouteille à demi-pleine dans le ventre ».

Vers l'âge de vingt ans, les phénomènes s'exagèrent et quand les crises surviennent les douleurs qu'elle éprouve dans l'abdomen et « dans l'estomac » sont si vives qu'il lui « semble qu'elle va devenir folle ».

Elle se décide alors, en 1897, à consulter sur son état et vient voir M. Delaunay. Le ventre est alors augmenté de volume mais le diagnostic est indécis.

On décide une intervention dans laquelle on enlève utérus et ovaires sur lesquels et derrière lesquels siégeaient de nombreux kystes hydatiques.

Un an après cette opération, la malade se met à tousser, à cracher et maigrit sensiblement.

Un médecin consulté diagnostique la tuberculose et envoie la malade à la campagne.

C'est alors qu'en huit jours elle voit évoluer, au-dessous du sein gauche, une tumeur semblant avoir un rapport avec la glande : on la prend pour un abcès du sein.

---

(1) La malade que nous avons examinée et interrogée nous a dit avoir toujours élevé des chiens.

Dans un effort de toux, cette tumeur éclate un beau jour, laissant écouler deux ou trois litres d'un liquide visqueux et jaunâtre et simultanément se produit une vomique dans laquelle on retrouve des lambeaux de membranes d'hydatides.

Dès ce moment la malade est soulagée, elle ne tousse ni ne crache plus.

Actuellement, 1er novembre 1909.

La malade est revenue parce que son ventre a augmenté de nouveau de volume.

A l'examen, on constate, à gauche, au niveau de la 5e côte, une cicatrice en dépression, siège de la fistule ancienne par laquelle s'est vidé le kyste hydatique qu'elle eut, il y a sept ans, au poumon gauche. (1)

A l'auscultation, pas de troubles pulmonaires.

A l'examen du ventre. L'abdomen est volumineux, projeté en avant, la malade paraît être enceinte de sept à huit mois.

A la palpation. Tumeur globuleuse remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dure, rénitente, ne se laissant pas déprimer. Pas de sensation de flot.

La percussion montre de la matité dans toute l'étendue.

Le toucher vaginal donne la sensation d'une masse bombant dans le vagin qu'on mobilise très difficilement.

Opération : Le 3 novembre 1909.

A l'ouverture du ventre, apparaît un kyste hydatique volumineux remplissant tout le petit bassin.

On le ponctionne avec un trocart. Il s'en échappe 4 ou 5 litres de liquide blanchâtre.

Après formolage et ouverture, la main mise dans la poche principale permet de sentir des vésicules-filles volumineuses renfermant le liquide typique « clair comme de l'eau de roche ». Cette grande cavité, vidée et badigeonnée au formol à 1 %, reçoit deux gros drains.

Puis on enlève autour une dizaine de kystes hydatiques de plus petit volume.

Le péritoine est également parsemé de nombreux kystes secondaires, variant de la dimension d'une lentille à celle d'une noix ; on énuclée les plus gros.

L'uretère gauche adhérent intimement à la grosse tumeur est envahi par les kystes ce qui lui donne une allure de chapelet ; on l'extirpe ainsi que le rein gauche.

L'S iliaque est entouré de trois gros kystes du volume du poing qu'on vide et qu'on formole.

Les drains sont laissés à demeure une dizaine de jours.

---

(1) Cas analogue : Dumreicher (*Wiener med. Presse*, 1868, no 40). Il s'agit d'un kyste hydatique se faisant jour sous la mamelle gauche à la manière d'un abcès phlegmonneux.

Injection quotidienne d'une solution de formol à 2 %.
Suites opératoires normales.

OBSERVATION VI

(*Due à l'obligeance de M. le docteur J. Cranwell de Buenos-Ayres* [INÉDITE])

Femme de 16 ans, entrée à l'hôpital le 1er avril 1901.

Diagnostic : Kystes hydatiques de l'abdomen.

Quatre ans auparavant, traumatisme de l'abdomen ; fortes douleurs ; alitement d'un mois. Après un intervalle de deux ans, nouvelles crises douloureuses accompagnées de météorisme et de constipation.

Opération : Laparotomie infraombilicale. Extirpation d'un kyste de la grosseur d'un œuf d'autruche, siégeant dans le cul-de-sac de Douglas ; péritoine semé de petits kystes ; extirpation de quelques-uns ; guérison.

Cette malade, depuis, a été opérée à deux reprises, de kystes abdominaux suppurés.

OBSERVATION VII (résumée)

BAR (*Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris, t. III, 1900, p. 271*) *Séance du 5 juillet*).

Femme de 33 ans, IIIpare, dont les accouchements antérieurs ont été spontanés.

A l'examen, on trouve, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur remplissant l'excavation pelvienne.

Opération césarienne avant le commencement du travail. Le troisième jour, ballonnement du ventre, arrêt des matières fécales et des gaz.

Le cinquième jour, laparotomie pour l'étranglement du cæcum par une double bride péritonéale partant du kyste.

Mort de la mère le cinquième jour ; enfant vivant. La grossesse était au huitième mois.

OBSERVATION VIII

BAR et DAMBRIN. (*Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1901, p. 299).

Il est question d'une femme de 21 ans, IIpare, présentant une tumeur volumineuse, résistante, dans le cul-de-sac de Douglas. Après 48 h. de travail, extraction manuelle après la ponction et l'éclatement du kyste.

Laparotomie aussitôt après l'accouchement : enlèvement des hydatides libres dans la cavité abdominale ; draînage à travers la plaie. Suppuration de la poche, qui se tarit peu à peu. Fièvre légère.

Guérison complète au bout de 3 mois.

L'enfant meurt le lendemain de l'accouchement.

OBSERVATION IX

BAR et MARCHAND, in : (BAR et DAMBRIN : *Bull. Soc. d'obst., Paris*, 1901, IV, 299).

Il s'agit d'une femme, arrivée au terme de la grossesse, en travail depuis trois jours (oct. 1886), et chez qui Marchand présumait une grossesse extra-utérine. Par le palper on sentit mal les parties fœtales, voilées par une partie résistante pouvant simuler la paroi d'un kyste extra-utérin. L'auscultation permit d'entendre les battements du cœur du fœtus. Par le toucher, on trouva toute l'excavation remplie par une tumeur très volumineuse, irrégulière, dure, située en arrière de l'utérus et du vagin ; par sa forme et ses irrégularités, la tumeur pouvait faire penser à l'existence de parties fœtales fortement enclavées dans l'excavation. Le vagin était aplati, fort long, et très péniblement Bar put atteindre le col utérin situé au-dessus de la symphyse pubienne, y pénétrer et atteindre la tête fœtale : il ne s'agissait donc pas de grossesse extra-utérine. On pouvait encore penser à des fibromes enclavés ; mais on crut percevoir de la fluctuation en un point et l'on décida de faire une ponction. Celle-ci amena l'écoulement de liquide hydatique, et provoqua, mais incomplètement, l'affaissement de la tumeur. La tête fœtale s'engageant mal, Marchand fit une céphalotripsie. Après l'accouchement, la tumeur semblait avoir disparu.

Infection puerpérale et mort de la parturiente au bout de quelques jours.

OBSERVATION X

BARRET (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1828).

L'auteur rapporte le cas d'une femme âgée de 32 ans qui eut une péritonite à la suite de laquelle, après cessation de règles, elle vit apparaître une tumeur dans le bas-ventre.

Elle crut à une grossesse ; mais un mois après, elle ressentit de vives douleurs dans la région où siégeait la tumeur.

Elle fut prise de vomissements, les règles devinrent abondantes et les douleurs cessèrent.

Entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen : tumeur dans le bassin, s'élevant à trois pouces au-dessus du pubis, dure, tendue, fluctuante, élastique. Selles et urines rares. Quelques jours plus tard, douleurs vives, constipation et anurie. Toucher vaginal très douloureux. Bains émollients. Deux jours après on s'aperçoit de l'existence d'une tumeur en pratiquant le toucher vaginal en même temps que le toucher rectal.

Les jours suivants : œdème des membres. Cachexie. Mort.

A l'autopsie, on trouve la moitié inférieure de l'abdomen remplie par une énorme tumeur sur laquelle se réfléchissait le péritoine de la partie antérieure de l'abdomen.

Dans l'épiploon gastro-splénique : tumeur hydatique contenant un liquide rouge-orange mélangé avec un liquide limoneux renfermant des échinocoques en quantité.

Entre le rectum et l'utérus : tumeur faisant corps avec ce dernier. A la partie moyenne du kyste et sur ses faces latérales : deux petites bosselures creuses, de la forme de la vésicule biliaire, s'ouvrant dans le kyste par leur grosse extrémité, se continuant par un col soudé avec les trompes qui étaient dilatées et de l'orifice utérin desquelles sort un liquide provenant du kyste.

OBSERVATION XI

BIRNBAUM (*Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, Berlin, 1864, XXIV, p. 428)

Il est question d'une jeune femme de 26 ans qui en est à sa troisième grossesse.

A l'examen, tumeur volumineuse, à gauche de l'utérus. Une seconde tumeur, nettement indépendante de l'utérus, occupe la plus grande partie de l'excavation pelvienne et toute la concavité sacrée. Elle a la grosseur d'une tête de fœtus.

Dans le courant du septième mois, le travail survient prématurément. Le fœtus ne peut pas être expulsé spontanément. On ponctionne le kyste et l'on trouve du sang noir et un liquide séro-sanguinolent. La tête s'engage. Application de forceps. Pendant les suites de couches la membrane hydatique est expulsée par l'urèthre. Evacuation de quarante kystes hydatiques.

OBSERVATION XII

BITTER (*Inaug.-Dissert.*, Greifswald, 1886, in-8)

Il s'agit d'une femme qui a toujours été bien réglée et qui, depuis quatre ans, présente une constipation opiniâtre, de la polyurie et des phénomènes douloureux assez intenses.

A l'examen, on trouva une tumeur occupant tout le cul-de-sac de Douglas, et pour laquelle on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire.

La laparotomie révéla l'existence d'un kyste hydatique. Résultat inconnu.

OBSERVATION XIII

BOISSARD et COUDERT (*Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 1901, t. IV, p. 9)

Femme de 27 ans, IIIpare, dont les accouchements ont toujours été difficiles. Pour le premier, application de forceps ; l'expulsion du deuxième est empêchée par une tumeur volumineuse située derrière l'utérus. Ponction, incision et évacuation du kyste. Application de forceps, l'enfant meurt le lendemain. Actuellement, un kyste volumineux remplit l'évacuation pelvienne et descend dans la cloison recto-vaginale.

Ponction et aspiration du kyste : 100 grammes de pus. Incision par le vagin, évacuation de 400 grammes de pus et de vésicules. Expulsion spontanée de l'enfant. Extraction de l'hydatide mère. Drainage.

Légère élévation de température à la suite des couches. Guérison de la mère ; mort de l'enfant, le lendemain.

OBSERVATION XIV

BOUILLY (*Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1887)

Il s'agit d'une femme de 30 ans ayant éliminé un kyste hydatique par les bronches et atteinte d'une tumeur abdominale dont la ponction avait donné du liquide clair comme de l'eau de roche contenant des crochets. Tumeur sous-ombilicale médiane composée de tumeurs multiples du volume des œufs de poule ou de dinde, plus ou moins fixes, s'étendant jusque dans les fosses iliaques et descendant derrière le pubis. Pas d'ascite ni de frémissement hydatique. Le cul-de-sac postérieur du vagin et

une partie des culs-de-sac latéraux sont remplis d'une série de bosselures identiques.

5 juillet, laparotomie médiane : les kystes sont situés dans le grand épiploon ; une série de huit à dix sont pédiculisés et enlevés, quelques-uns se rompent dans le péritoine qui est lavé aussitôt à l'eau bouillie.

Avec des ciseaux, on résèque toute la masse épiploïque pédiculaire portant des kystes comme de gros fruits dans un filet. On trouve d'autres kystes adhérents au bord concave de l'intestin grêle. Dans une deuxième phase de l'opération, on enlève : les doigts, les kystes qui se trouvent dans le petit bassin et derrière l'utérus. Lavage abondant à l'eau bouillie. Pansement.

L'opération a duré en tout une heure dix.

Pas de drainage abdominal. Rien à signaler.

Ablation des fils, le 12 juillet. Le ventre est alors devenu souple et indolent.

L'ovaire gauche semble être très atrophié.

Le reste du corps ne révèle aucune trace d'hydatides.

OBSERVATION XV

BRIL-LAZAREVITCH (*Vratch*, St-Pét., 1882, n° 10)

Femme de 22 ans, primipare, présentant dans le cul-de-sac de Douglas, un kyste hydatique du volume d'un grand poing, intimement uni avec la paroi postérieure de l'utérus.

Tentative d'application de forceps. Craniotomie, cranioclasie après 120 heures de travail. Ouverture du kyste dans l'utérus le septième jour.

Les jours suivants, expulsion de beaucoup de vésicules hydatiques ; le dix-neuvième jour, expulsion de la vésicule-mère.

Guérison de la mère ; mort de l'enfant.

OBSERVATION XVI

BUDOR (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1887)

L'auteur relate l'observation d'une femme qui, en 1878, présentait, dans le flanc droit, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Développement rapide de la tumeur suivi de l'apparition de plusieurs autres en différents points de l'abdomen.

Entrée à l'hôpital le 14 décembre 1886.

Le ventre est tendu. A droite, tumeur saillante, bosselée, provenant d'une masse principale et d'autres tumeurs plus petites semblant adhérer les unes aux autres.

Frémissement hydatique dans toute l'étendue de cette masse, principalement au niveau de la tumeur la plus développée et aussi dans la partie gauche du ventre où existent d'autres tumeurs de formation plus récente. Le foie, en avant, déborde les fausses côtes, d'un travers de doigt.

Zône de sonorité entre lui et la tumeur.

Le toucher vaginal permet à peine le passage du doigt ; il semble qu'il y ait un rétrécissement du bassin.

Dès le 28 décembre, accroissement des douleurs, apparition des symptômes urémiques et mort.

A l'autopsie, l'épiploon est criblé de kystes hydatiques dont la grosseur varie de celle d'une noix à celle d'un œuf de poule. Kyste énorme remplissant entièrement la cavité du bassin dont il a pris la forme en repoussant la vessie en avant ainsi que le rectum et l'utérus complètement aplati.

En différents points, on trouve d'autres poches dont les unes sont adhérentes et les autres libres. Quelques-unes sont très dilatées. Les reins semblent réduits à de véritables poches kystiques.

Dans le foie, trois kystes hydatiques.

OBSERVATION XVII

BURKE (*Astralian med. Journ.*, 1880, t. II, p. 42)

Femme de 31 ans, IIIpare, présentant un kyste hydatique dans le tissu cellulaire du bassin à gauche et en arrière du vagin. Aplication de forceps après la ponction du kyste. Ce dernier fut ponctionné huit fois et donna issue à du liquide clair. Il contenait probablement des hydatides-filles.

Guérison de la mère ; enfant vivant.

OBSERVATION XVIII

CAZIN et PEYROT (*Soc. de chir.*, Paris, 7 mars 1900)

Il est question d'une jeune fille de 23 ans, portant, depuis un an, une tuméfaction de l'hypocondre droit qui avait été diagnostiquée : Kyste hydatique du foie. Le 29 janvier 1896, elle ressentit brusquement, une sensation de déchirement interne accompagnée d'une douleur aiguë ; le docteur qui la soignait constata l'affaissement de la tumeur. Le lendemain, éruption d'urticaire, vomissements incessants, douleurs généralisées dans tout l'abdomen. Le 13 février, elle entre à l'Hôtel-Dieu. Elle présente

alors tous les signes d'une péritonite subaiguë avec épanchement.

Laparotomie : on trouve une vaste poche hydatique du foie, rompue.

Des adhérences résistantes et vasculaires empêchent l'exploration des flancs et de la partie inférieure de l'abdomen.

Marsupialisation de la poche.

La malade sort le 18 juillet 1896.

Le 1er février 1900, entre à Lariboisière.

A la palpation, on sent plusieurs masses dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique.

Le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie et rénitente. Le toucher vaginal montre l'utérus projeté en haut et en avant.

Il est évident qu'il est question de nouveaux kystes hydatiques qui se sont développés depuis deux ans.

Le 19 février, laparotomie ; l'épiploon épaissi contient un kyste de la grosseur du poing ; de plus, il est infiltré, dans toute sa partie libre, de kystes qui font une saillie hémisphérique à sa surface. En outre, un kyste énorme remplit tout le bassin. On réussit à l'énucléer sans l'ouvrir. Sur la face interne de la poche fibreuse, on découvre deux autres hydatides, l'une de la grosseur d'une pomme, l'autre du volume d'un pois.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XIX

CHARCOT (*Soc. de Biologie*, Paris, 1852, IV, 101)

En disséquant une femme à l'amphithéâtre de Clamart, Charcot trouve deux kystes hydatiques dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, entre la face antérieure du rectum et la face postérieure des organes génitaux. Ces deux kystes, régulièrement sphériques, de volume presque égal, de six centimètres de diamètre chacun, adhérent entre eux par une petite partie de leur circonférence.

L'un est faiblement uni en arrière au rectum ; il est à 6-7 centimètre au-dessus de l'anus, plus à droite qu'à gauche de l'axe de l'intestin. Son adhérence est intime avec le second kyste et il est impossible de la détruire sans entamer la paroi fibreuse elle-même. Le deuxième est situé un peu plus bas, en avant de son congénère ; il adhère par sa face antérieure au col utérin dans l'étendue de 2 centimètres, et à la partie la plus reculée de la face postérieure du vagin dans l'étendue de 3 à 4 centimètres ; l'adhérence avec les organes génitaux est très intime et faite au moyen d'un tissu fibreux très dense.

Le kyste postérieur est ouvert dans le rectum par une ulcération arrondie située à 10-12 centimètres au-dessus de l'orifice anal ; cette perforation pratiquée dans la partie la plus élevée de la poche hydatique, est arrondie comme taillée à l'emporte-pièce, d'un diamètre d'un centimètre $\frac{1}{2}$.

Les deux kystes ne communiquent pas entre eux ; l'antérieur lui-même, n'offre aucune communication soit avec le vagin, soit avec l'utérus.

Avant la dissection du tissu cellulaire lamelleux qui enveloppait de toutes parts les tumeurs et les réduisait en une seule, elles formaient une masse allongée, oblique d'arrière en avant et de haut en bas et située sous le péritoine qu'elle avait soulevé et dont elle s'était coiffée. Le péritoine, en effet, descendant de la face antérieure du rectum, enveloppait les kystes supérieurement et de chaque côté, puis remontait pour recouvrir la face postérieure du corps de l'utérus.

Le cul-de-sac recto-vaginal était donc complètement effacé et rempli par les tumeurs ; ces dernières, d'ailleurs, ne descendaient pas jsqu'au périnée et la plus inférieure en était distante d'au moins 4 centimètres, même dans son point le plus déclive.

C'est donc par en haut et dans le sens antéro-postérieur que leur développement s'est effectué surtout ; en haut, le péritoine est repoussé ; en arrière, le rectum est comprimé, aplati et ses fibres musculaires se développent pour vaincre l'obstacle apporté au cours des matières ; en avant, l'utérus est appliqué contre le pubis ; son col aplati est considérablement allongé. L'organe de la gestation subit, en outre, un déplacement de totalité qui le porte en haut et en avant ; le vagin, au contraire, est repoussé par en bas, et une tumeur vient faire saillie dans sa cavité, à la partie la plus reculée de la face postérieure, immédiatement en arrière du col utérin. La dissection des kystes a démontré que l'un d'eux, le plus voisin du rectum, recevait des vaisseaux artériels assez volumineux (ils étaient injectés à la cire) provenant de plusieurs branches des hémorrhoïdales moyennes, qui se détournaient un instant de leur trajet habituel pour les fournir ; que l'autre en recevait aussi, dans sa moitié antérieure surtout, provenant les unes des artères vaginales du côté gauche, les autres du tronc même de l'artère utérine du côté droit. Les petites ramifications de ces artères pénétraient, de toute évidence, dans le tissu même de la poche fibreuse.

Rien de ce qui va suivre qui ne soit pas commun aux kystes hydatiques en général ; la membrane propre est épaisse, constituée par un tissu fibreux, résistant, coriace ; sa surface interne est inégale et tapissée çà et là par une matière blanchâtre, friable, assez adhérente cependant à la poche, dans l'intérieur de

laquelle elle s'avance en quelques points, assez loin pour former des cloisons incomplètes.

En comprimant la tumeur la plus voisine du rectum, il s'échappa par l'orifice anal de ce conduit, un liquide séreux, trouble, blanchâtre, puis trois ou quatre hydatides du volume d'une noix.

Ayant incisé la poche fibreuse, Charcot rencontra dans son intérieur, 3 à 4 hydatides entières et en outre une très grande membrane blanche, généralement opaque, repliée sur elle-même, couverte de végétations irrégulières sur ses deux faces.

Le kyste le plus voisin du vagin fut trouvé plein d'une sérosité trouble où nageaient une quinzaine d'hydatides du volume d'une noix à celui d'un pois ; aucune membrane qui rappelât celle du premier kyste. Les hydatides avaient leurs caractères habituels. Le liquide des vésicules contenait des échinoccoques dont les suçoirs et les crochets étaient fort visibles ; on rencontrait, çà et là, dans le liquide, des crochets isolés.

OBSERVATION XX

Clado (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1886)

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, à l'autopsie de laquelle on trouve de nombreux kystes hydatiques dans le foie, dans l'épiploon et dans le petit bassin.

Ceux de l'épiploon, au nombre de vingt environ, ne montrent aucune adhérence soit entre eux, soit avec les organes voisins. Ils sont recouverts, sur leurs deux faces, par la séreuse péritonéale : ce qui prouve clairement qu'ils se sont développés dans l'épaisseur même des lames épiploïques.

Les hydatides de l'excavation se trouvent toutes sous le péritoine, deux entre l'utérus et le rectum, une entre la vessie et l'utérus, deux à droite et trois à gauche dans l'épaisseur des ligaments larges. Elles sont facilement énucléables. L'utérus et ses annexes ne présentent aucune altération.

OBSERVATION XXI

Dévé (*Thèse de Doct.*, Paris, 18 juillet 1901)

Il est question d'une femme de 35 ans, qui, au mois de juillet 1900, ressentit de vives douleurs dans l'abdomen ainsi que des malaises vagues qui nécessitèrent trois ou quatre jours de repos.

Vers la fin d'août, elle constata que son ventre augmentait progressivement et rapidement en même temps qu'elle éprou-

vait des douleurs abdominales vagues et que son état général s'altérait.

Au mois de novembre, elle fit venir un chirurgien qui diagnostiqua un « kyste de l'ovaire probable ».

Le 4 décembre 1900, laparotomie. A l'ouverture du péritoine, écoulement abondant d'un liquide jaune, sale, trouble, dont la couleur est manifestement due à la présence de la bile et l'on remarque deux ou trois vésicules hydatiques. La pression de l'abdomen en fait alors sortir un grand nombre de vésicules hydatiques libres, flottant dans le liquide et dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une cerise ; les unes, les plus grosses, sont transparentes, les autres sont teintées par la bile.

La main promenée dans le péritoine, ramène des kystes, de tous les points de la cavité abdomino-pelvienne (cul-de-sac de Douglas, région rénale droite, région splénique). Le péritoine, de couleur jaunâtre, brune, est épaissi, granuleux et parcheminé.

A la face inférieure du foie on trouve un orifice béant, laissant passer deux doigts et conduisant dans une vaste poche dont les parois arrivent au contact des côtes et de la colonne vertébrale. Cette poche est littéralement bourrée d'hydatides, grosses comme des noix, colorées par la bile (quelques-unes sont vert-foncé) accompagnées d'une quantité de vésicules affaissées et de débris d'hydatides infiltrées de pigments biliaires. Large drainage (drain en T). Evolution complètement apyrétique. On retire le dernier drain le 15 mars.

Fistule biliaire temporaire qui se tarit spontanément vers le début d'avril.

Actuellement (25 avril 1901) la malade est complètement guérie.

OBSERVATION XXII

DÉVÉ (*Thèse de Doct.*, Paris, 18 juillet 1901)

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, tapissière, entrée à l'hôpital Bichat, le 5 mars 1901, pour des douleurs abdominales.

A l'examen, tumeur du petit bassin, que l'on diagnostique : fibrome probable. Le foie est normal. L'état de la malade est satisfaisant. Cependant, l'année précédente, elle a eu une crise de coliques hépatiques (douleur dans la région du foie, ictère, décoloration des matières fécales) ayant duré huit ou dix jours. Seconde crise, il y a cinq semaines (douleurs vives, teinte ictérique des conjonctives, selles décolorées) analogue à la première, mais plus longue.

En ce qui concerne sa tumeur pelvienne, la malade a été examinée en 1889, à la Salpêtrière par Terrillon qui avait porté le diagnostic de fibrome et n'intervint pas, trouvant que l'opéra-

tion n'était pas urgente. A cette époque, la tumeur avait le volume d'une orange.

Le 9 mars 1901, laparotomie sous-ombilicale : on trouve deux kystes du bassin, ayant chacun la grosseur du poing ; l'un, inclus dans l'origine du ligament large, est accolé à la face postérieure de l'utérus ; l'autre est situé dans le cul-de-sac de Douglas. Ce dernier peut être décortiqué et enlevé intact. Guérison opératoire.

En interrogeant la malade après l'opération, on apprend qu'elle a toujours souffert du ventre depuis l'âge de onze ans, époque à laquelle survinrent ses règles.

En outre, pendant l'enfance, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements verts.

OBSERVATION XXIII

DOHRN (*Centralbl. f. Gynäk.* Leipzig, 186, X, 115)

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans ayant eu deux enfants, le dernier un an avant. A partir du deuxième accouchement, les règles qui, précédemment, duraient quatre jours, ont lieu pendant huit jours. Il y a cinq mois, apparition d'une tumeur qui se développe rapidement dans le côté gauche du ventre. L'examen révèle une tumeur avoisinant d'autres masses mobiles et de dimensions différentes. La plus volumineuse a la grosseur d'une tête d'enfant. Intestins fortement refoulés vers la droite ; à la pression, manque absolu de sensibilité et de frémissement hydatique ; les tumeurs semblent solides, sauf la plus développée qui paraît fluctuante.

Dans le cul-de-sac de Douglas se trouve une autre tumeur du volume d'une pomme. L'utérus, attiré en avant, est assez facilement mobilisable ; l'hystéromètre montre que sa cavité présente des dimensions normales.

Diagnostic : fibromes multiples sous-péritonéaux, liés à l'utérus par un mince pédicule. Laparotomie.

Après l'incision abdominale, une poche à échinocoques, recouverte par le péritoine, apparaît au niveau de la plaie. On l'enlève après avoir détruit les adhérences qu'elle avait contractées et ligaturé les vaisseaux afférents.

Six sont enlevées, qui présentaient toutes, des adhérences avec l'épiploon.

Extirpation de la poche située dans le cul-de-sac de Douglas ainsi que celle de deux autres, découvertes, l'une au niveau du fond de la matrice, l'autre, dans les franges de la trompe gauche, tout près de l'ovaire de ce côté.

A l'examen microscopique, on reconnaît tous les caractères des tumeurs à échinocoques.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XXIV

DOLÉRIS (*Annales de gynécol.*, Paris, 1896, I, 97)

Femme de 36 ans, réglée à l'âge de douze ans, mariée à 24 ans, stérile, souffre depuis l'âge de 17 ans, de douleurs abdominales pour lesquelles on a fait les diagnostics et les traitements les plus variés.

Depuis deux ans, la malade voit son ventre augmenter de volume. A l'examen, on trouve le col petit et ferme, repoussé très haut et en avant, derrière la symphyse pubienne.

Le cul-de-sac de Douglas est déprimé vers le vagin où il fait une saillie très prononcée, et il est rempli par une tumeur dure, rénitente, assez régulière.

Du côté de l'abdomen, on trouve une tumeur bosselée irrégulière ; elle remplit le bassin, dépasse l'ombilic, remonte jusqu'à l'épigastre et paraît avoir le volume d'un utérus gravide au septième mois de la grossesse.

Dysurie et constipation.

Opération : Ablation de la tumeur rendue très pénible par les nombreuses adhérences que celle-ci a contractées avec le cæcum et l'appendice à droite ; en bas, avec le rectum ; en avant, avec le fond du corps utérin et la vessie qui est fortement repoussée à gauche.

Dissection des adhérences au bistouri et au thermocautère ; ablation de la tumeur et cautérisation de la surface saignante de l'utérus et du Douglas.

Toilette minutieuse de la cavité abdominale.

Guérison.

OBSERVATION XXV

J.-L. FAURE in : *Pefron. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin* (*Thèse de Doct.*, Paris, 1900, in-8°)

Mme B..., âgée de 60 ans, souffre depuis longtemps du ventre. Bonne santé antérieure.

Au toucher, tumeur abdominale énorme remontant très haut au-dessus de l'ombilic.

Plusieurs masses volumineuses très nettes, une dans la fosse

iliaque droite, une dans la fosse iliaque gauche, une dans le petit bassin remplissant le cul-de-sac postérieur et repoussant en haut et en avant, le col dont la lèvre postérieure est effacée et semble faire corps avec la tumeur. Dans la région ombilicale, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, mobile et paraissant rattachée par un pédicule au reste de la tumeur abdominale.

Diagnostic : fibrome.

7 décembre 1897 : Laparotomie. Kystes multiples de la cavité abdominale formant une masse à laquelle tient, par un pédicule, une grosse tumeur mobile que l'on extirpe facilement par section de son pédicule.

Ablation des kystes du péritoine dont le volume est variable (noisettes, noix). Extirpation d'un gros kyste remplissant la fosse iliaque droite. A gauche, adhérence intime entre un kyste volumineux et l'uretère. Ce dernier est peu à peu disséqué et séparé de la tumeur jusque dans la région rénale.

Adhérences si intimes du côté du petit bassin, entre les organes et le kyste qu'on doit marsupialiser ce dernier. Trois gros kystes sans compter les petits ont été enlevés mais le petit bassin est complètement envahi surtout au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Dans la nécessité d'agir par le vagin pour ouvrir et surtout drainer le gros kyste du Douglas et pour faire un large drainage abdomino-vaginal qui paraît indispensable, on sacrifie l'utérus qui d'ailleurs est petit et parfaitement sain.

On pratique l'hémi-section utérine. Extirpation de l'utérus qui permet d'enlever le kyste situé derrière lui. Le ventre est alors refermé, puis le gros kyste du Douglas est ouvert et drainé par le vagin.

Mort, six jours après l'opération, d'accidents péritonéaux.

OBSERVATION XXVI

FERVAL. *Des kystes hydatiques du bassin intra-péritonéaux primitifs ou secondaires* (*Thèse de Doct.*, Paris, 1900, in-8°)

Pauline L...., âgée de 23 ans, entre le 4 mars 1895 à Cochin.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Réglée à 16 ans, irrégulièrement, pertes peu abondantes. Pas de leucorrhée. N'a pas eu d'enfants ni de fausse couche.

Depuis quatre ans, étouffements, palpitations de cœur ; indigestions au moment des règles. Il y a trois mois, six ou sept jours après ses règles, étouffements et malaise général si prononcé que la malade dut s'aliter pendant 3 semaines. Ventre ballonné, vomissements. Le médecin diagnostique une tumeur dans le ventre et la fait entrer à l'hôpital.

Palpation douloureuse. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur une grosse tumeur, mobile, douloureuse.

Utérus en rétroflexion, le col est petit et si dévié qu'il est impossible d'y introduire l'hystéromètre.

Le 29 mars, opération. Aucune tumeur de l'utérus, ni des annexes.

L'épiploon est criblé de kystes hydatiques dont les plus développés ont la grosseur du poing. Au moment de l'ouverture du péritoine, un liquide séreux s'échappe au dehors.

Envahissement de tout le grand épiploon ; hypertrophie du ganglion mésentérique. Résection du grand épiploon dans presque toute son étendue. Foie normal. Le cul-de-sac de Douglas renferme un énorme kyste hydatique tellement adhérent au rectum et à l'utérus qu'il est impossible de l'énucléer.

Ponction sans résultat avec l'appareil de Dieulafoy, la canule étant obturée par les hydatides. Ouverture de la poche dont on fixe les bords à la paroi abdominale après lavage préalable de la cavité abdominale.

Gaze iodoformée dans la poche ainsi suturée à la paroi.

Ablation d'un petit kyste adhérent à la trompe droite.

Opération laborieuse par suite des adhérences de la poche aux organes environnants.

Points de suture, suppuration de la plaie, élimination très lente des fils. Pansements humides pendant quinze jours, suivis de pansements secs. Le 27 mai, la malade sort de l'hôpital.

Plaie fermée complètement. Deux petites fistules en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXVII

FERVAL. (*Des kystes hydatiques du bassin intra-péritonéaux primitifs ou secondaires. Thèse de Doct.*, Paris, 1900. in-8°)

Marie L..., âgée de 22 ans, entre à Cochin le 1er décembre 1897.

Pas d'antécédents du côté des ascendants ; la sœur de la malade a été opérée dans le service pour des kystes hydatiques multiples du péritoine ; actuellement, elle a encore un gros kyste hydatique de la face convexe du foie.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, règles irrégulières ; fatigue après le moindre effort ; appétit très capricieux ; vomissements sans cause apparente. Deux mois avant son entrée, crise sérieuse qui dure huit jours, pendant laquelle Marie L... souffre de douleurs terribles dans le ventre et a des vomissements glaireux.

Quelques pertes blanches.

A l'examen, on trouve l'utérus relativement peu mobile et une

tumeur dans le cul-de-sac droit, proéminant surtout dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : salpingite droite.

Opération le 6 décembre. On trouve : 1° l'épiploon criblé de kystes hydatiques dont le volume varie de celui d'un pépin d'orange à celui d'une noisette ou d'une mandarine. Extirpation complète de l'épiploon.

2° Un kyste hydatique du ligament large droit se prolongeant à droite, sur le ligament, adhérent à l'os iliaque et à l'utérus. Extirpation.

3° Un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas adhérant fortement au vagin et au rectum.

Excision d'une grande partie du kyste, l'extirpation totale de la membrane hydatique étant rendue impossible par suite des adhérences avec le rectum.

Drainage abdominal du kyste.

La malade sort le 27 janvier 1898 ; elle est assez bien portante et sa plaie est cicatrisée.

OBSERVATION XXVIII

FRANTA (*Annales de gynécol., et d'obst.*, Paris, décembre 1902)

Femme de 41 ans, Xpare ; a toujours eu des accouchements difficiles. Au septième accouchement, application de forceps ; les médecins trouvent une tumeur et diagnostiquent un fibrome de l'utérus.

La huitième grossesse est interrompue par une fausse couche de trois mois. Peu après, la tumeur augmente de volume et suppure. Cinq mois plus tard, la malade est opérée pour un kyste hydatique suppuré du ligament large gauche.

La neuvième grossesse, survenue cinq mois après l'opération, est interrompue par une fausse couche de deux mois.

Actuellement, la malade présente dans le cul-de-sac de Douglas, surtout à gauche, une série de petites tumeurs (onze environ) immobiles et dont la grosseur varie d'une noisette à une noix.

Travail lent, pénible ; enfant mort ; cranioclasie et extraction manuelle du placenta. Suites de couches normales.

En 1898, la malade fut opérée deux fois :

1° Pour un kyste hydatique suppuré de l'épiploon adhérant à la paroi antérieure de l'abdomen.

2° Pour des kystes hydatiques de la cavité pelvienne.

Mort.

OBSERVATION XXIX

FREUND (*Gynäkol. Klinik*, Strasbourg, 1885, t. I, p. 312 [observ. XIII])

Il est question d'une femme de 30 ans, Xpare, présentant un kyste de la grosseur d'un poing, dans le tissu cellulaire du bassin, à gauche et en arrière.

Travail pénible. Accouchement spontané après la ponction du kyste. Ce dernier donne issue à un liquide clair.

Fièvre ; suppuration du kyste. Incision le huitième jour par le cul-de-sac postérieur du vagin.

Evacuation du pus, des hydatides-filles et des fragments de l'hydatide-mère.

Guérison très lente.

OBSERVATION XXX

FREUND (*Gynäkol. Klinik*, Strassburg, 1885, in-8°, p. 308)

Femme âgée de 22 ans, multipare ; règles irrégulières.

Depuis trois ans, augmentation de volume du ventre surtout dans la région sus-ombilicale ; dyspnée et dysurie. Par le toucher vaginal on sent une masse qui applique étroitement l'utérus contre la symphyse pubienne. Par la ponction vaginale, on reconnaît des tumeurs hydatiques. Ponctions multiples abdominales et vaginales, pour diminuer la dyspnée.

Mort par asphyxie au bout d'un an et demi.

A l'autopsie : nombreux kystes hydatiques dans le foie, la rate, le grand épiploon, les mésocolons et le tissu cellulaire pelvien.

OBSERVATION XXXI

FREUND (*Gynäkol. Klinik*, Strassburg, 1885, I Bd, 8°)

Il est question d'une femme de 28 ans, multipare.

Dysménorrhée, constipation opiniâtre.

Tumeur kystique, élastique, grosse comme deux poings, diagnostiquée : kyste ovarique intraligamentaire du côté droit. Ponction par le vagin : liquide clair comme de l'eau de roche, contenant de nombreux crochets.

Mort par septicémie, huit jours après, bien qu'on ait fait une incision dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

A l'autopsie, on trouve plusieurs poches hydatiques dans le cul-de-sac de Douglas.

Ces poches soulèvent le péritoine et elles adhèrent à l'utérus et au rectum. Antéflexion utérine.

Déviation de l'uretère droit. Compression du vagin.

OBSERVATION XXXII

FREUND et CHADWICK (*Amer. J. Obst.*, N. Y., 1874-75)

Mlle J..., âgée de 22 ans. Formée à 15 ans, depuis lors, règles toujours régulières. Depuis trois ans, santé précaire.

Augmentation de volume des parties supérieure et médiane de l'abdomen. Dernières règles plus abondantes ; envies fréquentes d'uriner. Amaigrissement. La partie gauche du thorax est un peu distendue ; le cœur est repoussé vers la partie supérieure, à droite ; la pointe se trouve dans le deuxième espace intercostal.

Augmentation de volume de la rate et du foie.

L'utérus est repoussé en bas, vers le pubis.

L'estomac est refoulé au-dessous de la rate ; les côlons ascendant, transverse et descendant entourent une tumeur dont la surface présente de petites masses arrondies, et qui atteint la symphyse pubienne.

Frémissement hydatique très net à la percussion.

Vagin très comprimé ; l'utérus est fixé au pubis par une tumeur élastique qui émerge de la droite du petit bassin pour rejoindre la ligne médiane.

Le rectum légèrement comprimé est complètement repoussé à droite sans que la défécation soit entravée.

On retrouve tous les caractères des kystes hydatiques par la ponction de la tumeur.

Après évacuation de cette dernière, on sent derrière l'utérus, des petites tumeurs rondes.

Ce kyste ponctionné et ceux qui restent dans le bassin, sont situés dans le tissu cellulaire pelvien extra-péritonéal.

Il s'agirait d'hydatides à point de départ épiploïque.

OBSERVATION XXXIII

FREUND et CHADWICK (*Amer. J. Obst.*, N. Y., 1874-75)

Une femme de 57 ans, sans enfant, souffre depuis six ans de

douleurs pendant la miction et la défécation. Depuis quelques semaines, irrégularités de ces fonctions. Absence des règles depuis quelques mois et augmentation de volume du ventre.

Derrière l'utérus, on sent une tumeur volumineuse qui paraît faire corps avec la partie postérieure du col. La matrice, mesurée à l'hystéromètre, a une longueur de 14 centimètres.

L'urèthre est sensiblement allongé. Diagnostic : tumeur fibro-kystique de la paroi postérieure de l'utérus.

Ponction et incision de la tumeur. Evacuation de nombreuses vésicules hydatiques. L'utérus, irrégulièrement développé est en légère antéversion ; sa paroi postérieure est bien plus épaisse que sa paroi antérieure.

Huit mois plus tard, nouvel examen de la malade. Ischurie et ténesme vésico-rectal. Elle montre plusieurs vésicules rendues avec l'urine et prétend qu'il s'en est échappé de semblables, par le vagin, en même temps que des membranes et du pus.

Induration considérable du paramétrium droit.

Deux mois après, disparition de l'élimination d'hydatides par la vessie ; mais quatre mois plus tard, expulsion de vésicules par le rectum et écoulements abondants de sang, par le vagin.

L'induration péri-utérine enserre toute la moitié droite du col et adhère intimement au rectum.

Ce dernier ne présente pas de perforation.

Mort quelque temps après. A l'autopsie : vaste foyer ouvert dans le rectum, dans l'utérus et dans le vagin.

Les organes du petit bassin sont intimement réunis par d'anciennes adhérences de pelvi-péritonite.

Dilatation et inflammation chronique de l'uretère droit.

Les autres organes abdominaux sont indemnes.

OBSERVATION XXXIV

GEISSEL (*Deutsche med. Wochensch.*, 1877, n° 43).

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, dont les règles sont douloureuses depuis quatorze ans.

Depuis dix ans, augmentation de volume du ventre et diminution passagère à la suite de l'expulsion par l'anus, de liquide abondant et de petites vésicules.

Emaciation, dyspnée, constipation.

En arrière du col utérin qui est élevé dans l'excavation utéro-rectale, on trouve un kyste multiloculaire de l'ovaire. Laparotomie. Extirpation de vingt-sept poches hydatiques dont quelques-unes sont suppurées.

Mort cinq heures après l'opération.

A l'autopsie : le péritoine, l'intestin et l'épiploon sont remplis de kystes hydatiques.

OBSERVATION XXXV

GINZBOURG (*Medicinskoïe obozrenie*, St-Petersb., 1884, XXI, n° 6, p. 553)

Femme de 35 ans, présentant dans le segment inférieur de l'utérus, en arrière, un kyste du volume d'un poing.

Kyste du foie : un kyste gros comme une tête de fœtus dans l'épiploon.

Application de forceps trois fois, sans succès.

Craniotomie, extraction à l'aide du crânioclaste.

Fièvre pendant quatorze jours. Endométrite puerpérale.

Expulsion de vésicules hydatiques par la voie vaginale dans la quatrième semaine.

Guérison de la mère ; mort de l'enfant.

Quelques mois après l'accouchement, expectoration des membranes hydatiques et des vésicules.

OBSERVATION XXXVI

GŒTZ (*Inaug-Dissert.*, Strasbourg, 1881, 8°)

Il s'agit d'une fillette de douze ans qui, depuis son enfance, porte une grosseur dans l'abdomen.

Depuis un an, vomissements, diarrhée.

Après une amélioration passagère, nouvel accroissement de la tumeur et accidents dyspnéiques.

A la palpation, on reconnaît plusieurs petites tumeurs dans le ventre. Depuis trois mois, pyélo-néphrite.

Frémissement hydatique dans ces tumeurs qui s'insinuent profondément entre le rectum et l'utérus.

Après des ponctions successives, laparotomie.

L'enfant meurt deux jours après l'opération.

A l'autopsie : Foie et cavité abdominale entièrement criblés de vésicules. Coudure des deux uretères. Oblitération de la veine cave inférieure.

OBS5RVATION XXXVII

HAVAGE (*Progr. méd.*, Paris, 1880, VIII, 433)

Catherine S...., âgée de 48 ans, ménagère, entre à Tenon, le 27 septembre 1879. Vers 1875, par suite de la ménopause, métrorragie guérie au bout d'une année.

En avril 1879, phénomènes de péritonite qui ont rendu, le côté droit du ventre, dur, volumineux et douloureux.

A la palpation, on sent une masse dure, irrégulière, bosselée, occupant le flanc et l'hypocondre droit jusqu'au voisinage du foie, dépassant à peine la ligne médiane et n'empiétant que très peu sur le flanc gauche. Quelques masses plus petites et isolées.

La rate et le foie ont un volume normal. Ce dernier est séparé de la limite supérieure de la tumeur abdominale par une zône très nette de sonorité. Au toucher vaginal, le col est immobile et enclavé. Résistance dans les culs-de-sacs, pas de tumeur appréciable. Quelques jours après son arrivée, la malade succombe après avoir présenté des symptômes d'obstruction intestinale.

A l'autopsie, on trouve des signes de péritonite ancienne et récente. La masse intestinale est refoulée vers le diaphragme. Le foie a un volume normal. Il présente trois ou quatre kystes dans son intérieur et une ancienne poche kystique près de la vésicule biliaire. Au-dessous, trente ou quarante kystes hydatiques de toutes dimensions, réunis entre eux par des brides fibreuses vasculaires et ayant formé la masse bosselée qu'on avait sentie à la palpation. Cette masse comprime la veine porte et a étranglé la portion droite du colon transverse qui lui est adhérente.

Le petit bassin est rempli par la partie inférieure de la masse kystique. Un des kystes, du volume d'une petite tête de fœtus, abaisse le vagin et comprime fortement le rectum.

Les organes génitaux internes sont enlacés au milieu des kystes. L'utérus et l'ovaire gauche n'ayant, avec les kystes, que des rapports de voisinage, se distinguent très nettement ; il n'en est pas de même pour l'ovaire droit.

OBSERVATION XXXVIII

JONASSEN-JONAS (Observ. inédite communiquée à *Franta*, par une lettre du 15 octobre 1897).

L'auteur relate le cas d'une femme enceinte présentant un

kyste très volumineux dans le cul-de-sac de Douglas. Application de forceps après la ponction du kyste par la voie rectale.

OBSERVATION XXXIX

JABOULAY, in : (Monéger, *Thèse de Doct.*, Lyon, 1892-3).

Laurence M..., âgée de 43 ans, couturière, entre à l'hôpital le 30 juillet 1890 et se plaint de souffrir du ventre, depuis 15 ans. Il y a huit ans, elle constata, dans la fosse iliaque gauche, la présence d'une tumeur grosse comme une noix, mobile et douloureuse : douleurs s'irradiant dans tout le ventre.

A la palpation, le ventre est très bosselé et on sent plusieurs tumeurs abdominales ; frémissement hydatique au niveau de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on constate que le col est situé profondément en bas et en arrière ; l'utérus est en antéflexion ; les tumeurs font saillie dans les culs-de-sac.

Laparotomie. L'épiploon est criblé de kystes hydatiques reliés à des masses kystiques du petit bassin qui adhèrent elles-mêmes à la vessie, en avant ; une autre vésicule est adhérente au rectum et communique avec celles qui entourent la vessie.

Enucléation de plusieurs kystes.

Suture étagée de la partie supérieure de l'incision qui est allée jusqu'à l'ombilic et suture à la paroi, au-dessus du pubis, de l'orifice de la poche pubienne ouverte. Drainage à la gaze. Mort le 13 septembre.

OBSERVATION XL

KUCHENMEISTER-WINCKEL. Die thierischen Parasiten. (Leipzig, 2e édition, p. 213).

Femme de 34 ans, VIIpare.

Au cours du premier accouchement, à l'âge de 23 ans, dystocie produite par une tumeur pédiculée du foie et par une autre située dans l'excavation pelvienne.

Application de forceps.

Même intervention pour les deuxième et cinquième accouchements. Peu de temps après ce dernier, le kyste du foie se rompt dans l'abdomen. Au cours de la dernière grossesse la malade présente des kystes hydatiques multiples disséminés dans la cavité abdominale et pelvienne.

Pendant l'accouchement le travail est lent ; tentative infruc-

tueuse d'application de forceps ; version et extraction manuelle. Mort de la mère et de l'enfant.

A l'autopsie, on trouve plus de mille kystes et une rupture complète de l'utérus.

OBSERVATION XLI

LANCEREAUX in : GÉRARD. Des kystes hydatiques du péritoine. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1876).

Il s'agit d'une femme H. M..., âgée de 29 ans, phtisique, chez laquelle on porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse et qui présentait plusieurs tumeurs abdominales.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'une tumeur entre le vagin et le rectum, semi-fluctuante, indolente, remplissant tout le petit bassin. Mort.

A l'autopsie, on trouve de nombreuses tumeurs hydatiques dans le péritoine.

Le fond de l'utérus est coiffé par une poche kystique qui laisse échapper à son ouverture une multitude de petites perles transparentes comme du cristal. On trouve des tumeurs de même nature dans la trompe droite. Derrière l'utérus, une autre tumeur remplit toute l'excavation pelvienne et fait corps avec toutes les autres tumeurs.

OBSERVATION XLII (1)

LAWSON-TAIT (in : *Traité des maladies des ovaires*, Paris, [traduct. franç.], 1886, in-8, page 288)

Il s'agit d'une femme qui avait résidé en Australie, où elle avait apparemment pris la maladie, et qui présentait, dans l'abdomen, plusieurs tumeurs distinctes et séparées : le bassin était occupé par une tumeur fluctuante qui fut prise pour une masse d'hydatides.

A l'examen, on trouva une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac recto-utérin, qui fit penser à des hydatides, parce que, dans l'abdomen, il y avait une autre masse fluctuante qui semblait attachée à l'épiploon.

---

(1) Cette observation a été publiée en entier par M. LANGLEY BROWN, in : *Birmingham med. Review*, juillet 1876.

Ponction et évacuation du contenu du kyste.

Cette opération fut suivie d'une attaque aiguë de péritonite qui parut avoir entraîné la mort d'un certain nombre d'autres colonies, dont quelques-unes au moins, trouvèrent leur route, d'une façon mystérieuse, à travers les parois de la vessie et furent expulsées par l'urèthre.

La malade guérit parfaitement.

OBSERVATION XLIII

LAWSON-TAIT (Paris, 1886, in-8, p. 288).

Il s'agit d'une femme qui avait toujours vécu aux environs de Birmingham et qui ne présentait rien dans ses antécédents ou dans ses signes physiques, qui pût faire penser à autre chose qu'une tumeur kystique de l'ovaire.

Laparotomie : tous les organes apparurent intimement accolés à des kystes de volume variable et ayant toutes les apparences de kystes ovariens.

Ablation de quelques-uns de ces kystes ; l'examen microscopique de la tumeur permit de reconnaître quelle était la nature de l'affection. Mort.

A l'autopsie, on trouva que les hydatides avaient envahi toute la cavité abdominale et s'étaient insinuées dans les muscles des parois et dans les différents organes.

OBSERVATION XLIV

LÉTIENNE (*Médecine moderne*, Paris, 1894, p. 372)

Une femme vint, en 1892, dans le service de M. Hanot, à Saint-Antoine, portant un kyste du lobe gauche du foie. Celui-ci fut opéré suivant le procédé de M. Hanot : injection de sublimé à dose non toxique, après aspiration préalable du liquide hydatique.

Quinze mois après la guérison de ce premier kyste la malade revint avec des kystes hydatiques multiples de l'abdomen : les uns siégeant dans le petit bassin, d'autres dans la région splénique, d'autres dans le foie.

OBSERVATION XLV

LEUDET (*Comptes-rendus de la Soc. de Biol.*, Paris, 1856)

L'auteur relate le cas d'une femme âgée de 72 ans, présentant de la rétention d'urine et des symptômes qui font croire à une rétroversion de l'utérus.

A l'examen, on trouve une tumeur située derrière le col et attribuée à une rétroflexion et à une augmentation morbide du volume du corps utérin.

Mort dans le marasme et l'adynamie.

A l'autopsie : Kyste hydatique du foie ; épaississement des parois de la vessie ; dilatation des calices et des uretères ; légère atrophie du parenchyme rénal.

L'utérus est élevé ; son fond qui atteint presque le niveau du détroit supérieur est pressé entre la tumeur rétro-utérine et la vessie.

Derrière, et un peu à droite de l'utérus, appuyant à gauche sur le rectum et au-dessous du péritoine, on trouve une tumeur à paroi antérieure lisse et d'aspect fibreux dont la grosseur est celle d'une tête de fœtus.

A l'intérieur cetet tumeur présente tous les caractères d'un kyste hydatique.

OBSERVATION XLVI

MARTIN (*Breslauer aertzl.* Zeitschrift, 1879, p. 404)

L'auteur rapporte le cas d'une jeune femme de 22 ans qui, depuis dix mois, souffre de dysménorrhée, de dysurie, d'ischurie et de violentes douleurs dans la région inguinale gauche. Le cul-de-sac de Douglas est profond, rempli par une grosse tumeur qui repousse l'utérus contre la symphyse pubienne.

Cette tumeur semble fusionnée avec toute la moitié postérieure du corps et du col de la matrice.

Diagnostic : tumeur intraligamenteuse, intimement liée avec l'utérus et le plancher pelvien. Péritonite.

Laparotomie malgré la péritonite et une température de 40°3.

Adhérences multiples de l'intestin. Ponction.

Suture de la poche kystique à la paroi abdominale.

Incision, élimination d'un contenu putride et de nombreuses hydatides ; impossibilité d'enlever la membrane kystique.

Drainage par le vagin ; lavage à l'eau phéniquée forte et au chlorure de zinc à 8 %.

Guérison en quatre semaines.

OBSERVATION XLVII

MAYER (*Inaug-Dissert.*, Giessen, 1900, obs. I)

Il s'agit d'une femme âgée de 57 ans, IVpare, ayant toujours eu des grossesses et des suites de couches normales.

Depuis quatre ou cinq ans, elle se plaint de douleurs vives dans l'abdomen avec sensations de pesanteur dans le bassin et des mictions douloureuses et pénibles surtout depuis quatorze jours : on est obligé de sonder la malade.

A l'examen, on trouve une tumeur de consistance élastique, sensible à la pression, occupant toute la partie postérieure de la symphyse et remontant presque jusqu'à l'ombilic.

L'utérus est en antéversion et la vessie est refoulée vers le haut : le cathétérisme urèthral donne une urine purulente telle qu'on la rencontre dans la cystite.

On fait le diagnostic de myome ramolli du col utérin.

Lavages de la vessie qui rendent l'urine plus limpide.

Opération : incision abdomino-vaginale postérieure et énucléation de la tumeur, qui est rendue difficile par les nombreuses adhérences qu'elle a contractées avec la partie postérieure du col, le tissu conjonctif pelvien et le rectum.

Au cours de l'énucléation, déchirure du sac qui laisse échapper un liquide clair renfermant des vésicules.

Mort au bout de 24 heures, de péritonite consécutive à une perforation du rectum.

A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique de l'épiploon qui avait envahi l'excavation et une péritonite fibrineuse suppurée ayant intéressé le col et le cul-de-sac de Douglas ; perforation de la paroi antérieure du rectum ; calcul biliaire.

OBSERVATION XLVIII

MEYER (*Museum der Heilkunde* [*herausgeg. von der helvetischen Gesellsch. correspond. Aerzte u. Wunderærzte*], Zurich, 1794, vol. II, p. 211)

Il s'agit d'une femme de 31 ans, primipare, présentant un kyste hydatique remplissant l'excavation pelvienne entre le vagin, l'utérus et le rectum.

Opération césarienne après cinq jours de travail.

Mort de la mère au bout de quarante-deux heures ; enfant vivant.

A l'autopsie, on trouve quatre kystes dans la cavité abdominale et pelvienne pesant ensemble douze livres.

La femme était sûrement infectée avant l'opération.

OBSERVATION XLIX

MONÉGER (*Thèse de Doct.*, Lyon, 1892-3)

Femme D.., âgée de 24 ans, née en Algérie, entre à l'hôpital le 5 décembre 1891. Souffre de tumeurs abdominales.

Mariée à seize ans, elle eut, au début de son mariage, deux avortements au troisième mois pendant lesquels survinrent des pertes abondantes. Le dernier accouchement eut lieu en mars 1889. Les grossesses et leurs suites furent normales, sans pertes, ni dystocie.

Dans son enfance, rougeole, adénite aiguë suppurée à 8 ans, accès d'impaludisme de 2 ans à 10 ans qui n'ont pas reparu depuis.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, douleurs lombaires en ceinture qui s'exacerbaient au moment des règles ; accalmies assez longues pendant lesquelles subsistait un peu de lourdeur dans le bas-ventre.

Abdomen sensible à la pression, sensation de brûlure.

Coliques légères. Jamais de pertes hémorragiques en dehors des règles, lesquelles duraient cinq jours et n'étaient pas très abondantes.

Légère leucorrhée existant déjà avant son mariage.

Etat général satisfaisant : nul trouble des fonctions gastro-intestinales, ni du système nerveux ; pas de phénomènes de compression des organes abdominaux, un peu de pollakyurie.

L'abdomen a un volume normal, pas d'ascite.

A la palpation, dans la région hypogastrique, en avant, tumeur assez volumineuse, dure et sensible à la pression.

Au toucher, l'utérus semble énorme, dans le pourtour utérin, noyaux indurés ; en avant, masse dure et volumineuse dans le cul-de-sac droit, masse moins développée et moins indurée ; en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, grosse masse donnant l'impression de fausse induration, presque de rénitence qui, malgré l'absence de constipation, fait penser à la présence de cybales.

Impossibilité de se rendre compte par la mobilisation de la tumeur antérieure, si elle fait corps avec l'utérus.

Diagnostic : fibromes utérins.

21 décembre : laparotomie. On constate :

1° Dans l'épaisseur de l'épiploon, une tumeur de la grosseur du poing, très mobile, dure.

2° Au-dessus de la vessie, une tumeur grosse comme une noisette.

3° Une tumeur excessivement adhérente, remplissant tout le petit bassin.

Ablation des annexes de chaque côté ainsi que celle des deux premières tumeurs.

Impossibilité de décortiquer la troisième : ponction au cours de laquelle une partie du liquide tombe dans le péritoine.

Nettoyage, curetage de la poche renfermant un grand nombre d'hydatides jeunes et en voie de régression.

Impossibilité d'enlever cette poche qui remplit entièrement le cul-de-sac de Douglas, impossibilité de distinguer ce qui appartient au péritoine et à la paroi du kyste situé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Pas d'autres kystes.

Tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée.

Drainage de Miculiez. Drainage complémentaire par le vagin.

Mort le 2 janvier.

A l'autopsie, on constate des signes de péritonite et la présence d'une autre tumeur sous-péritonéale de la grosseur d'une mandarine.

OBSERVATION L

MONOD (*Soc. de Chir.*, Paris, 23 mai 1894)

L'auteur présente des kystes hydatiques multiples enlevés, par la laparotomie, du ventre d'une femme de 42 ans, déjà opérée par lui, 4 mois auparavant, d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Ces tumeurs, au nombre de vingt environ, siègent pour la plupart dans le grand épiploon, dans les mailles duquel elles étaient susperdues.

D'autres, plus volumineuses, occupaient le petit bassin dont elles ont été extraites avec peine à cause des adhérences qui les unissaient soit au ligament large, soit à l'ovaire et à l'utérus, soit encore à l'intestin. Une des poches, profondément enfouie dans le cul-de-sac de Douglas, a été laissée en place

Elle sera attaquée plus tard par le vagin dans lequel elle fait une saillie aisément appréciable par le toucher.

OBSERVATION LI

MURCHINSON in : *Traité des maladies du foie* (Paris, 1878, traduction française, 8°, XII, p. 660)

L'auteur mentionne le cas d'une femme âgée de 45 ans, morte d'hémorragie cérébrale et qui présentait plusieurs kystes hydatiques dans l'abdomen dont l'un siégeait au-dessus et derrière l'utérus.

Ce dernier était refoulé de façon à se montrer à la vulve. Forte compression des uretères.

Dilatation des bassinets.

Granulations dans les deux reins qui étaient petits.

OBSERVATION LII

PARK (*Transac. med.-chir. Soc.*, London, 1817, II, p. 398)

Il s'agit d'une femme IVpare, présentant un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas. Elle eut trois grossesses antérieures : la première évolua normalement ; la tumeur fut reconnue ; le travail fut long ; mais l'accouchement se fit spontanément.

Dans la seconde grossesse, qui fut double, l'accouchement eut lieu prématurément au quatrième mois.

La troisième grossesse, également double, se termina au septième mois sans incident.

Rétention d'urine.

Au moment de l'accouchement, dilatation complète, membranes rompues : le travail est lent et pénible et le sommet ne peut s'engager.

Incisions multiples du kyste.

Accouchement spontané, rapide, après l'ouverture de la poche.

Pendant les suites de couches, suppuration abondante très fétide, avec fièvre. Guérison au bout de deux mois.

Comme suites tardives, la malade présentait un rétrécissement du vagin et des parties molles voisines, dû à une cicatrisation vicieuse ; enfin, elle eut encore deux grossesses qui aboutirent à un travail long et pénible.

OBSERVATION LIII

PÉAN (*Journal de méd. de Paris*, 1897, 28 novembre)

Il est question d'une femme âgée de 35 ans, sans antécédents.

Elle entre en 1889, dans le service de Péan, pour une voussure de l'hypocondre droit : on diagnostique un kyste du foie. On pratique une ponction qui donne deux litres et demi de liquide caractéristique.

La malade quitte l'hôpital guérie.

Pendant deux ans, elle jouit d'une santé parfaite.

Alors apparurent des troubles menstruels.

Elle revient se faire examiner : par le toucher, on constate dans le bassin des tumeurs multiples qu'on prit pour des corps fibreux utérins sous-péritonéaux.

Péan pratique l'hystérectomie vaginale.

« Dès les premiers temps de l'opération un flot de liquide clair dans lequel baignaient des hydatides, montre qu'on a affaire à un kyste hydatique du bassin.

On enlève ce qu'on peut des poches secondaires, mais on en laisse forcément quelques-unes ».

Les suites opératoires furent excellentes.

Deux ans après son hystérectomie, la malade revient à l'hôpital avec de nouvelles tumeurs dans l'abdomen ; un kyste en particulier dans la région splénique : nouvelle intervention au cours de laquelle on ponctionne un des kystes qui contenait deux litres de liquide ; on enlève une série de kystes adhérents au rectum, à la vessie, aux uretères, au cœcum, etc. Les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION LIV

PINARD (*Ann. de Gynéc.*, Paris, 1888, XXIX, 241).

Il s'agit d'une primipare à terme, qui eut, au début de sa grossesse, des phénomènes de dysurie et de rétention d'urine. A l'examen, on trouve une tumeur, remplissant tout l'abdomen et le petit bassin, et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur.

La malade est en travail depuis deux jours ; la poche des eaux s'est rompue il y a plusieurs jours ; la tête fœtale n'est pas engagée et le col utérin est refoulé contre la symphyse.

La ponction faite avec un trocart permet d'évacuer un demi-

litre de liquide transparent, contenant des crochets d'échinocoques.

Accouchement spontané une demi-heure après la ponction. Mort d'infection le quatrième jour après l'accouchement. A l'autopsie, on trouve de nombreux et volumineux kystes disséminés dans l'abdomen et le bassin.

OBSERVATION LV

PORAK (*Gazette hebd. de méd.*, Paris, 1884, p. 137)

Jeune femme de vingt ans, primipare, présentant un kyste hémisphérique dans le tissu cellulaire du côté droit de l'excavation pelvienne.

Application de forceps après 27 heures de travail.

Pendant les tractions, le kyste se rompit et le liquide s'épancha dans le tissu cellulaire de la grande lèvre droite.

Rétablissement de la mère ; enfant bien constitué.

Un mois après, opération d'un abcès pelvien et de la grande lèvre droite.

Six mois plus tard, expulsion par le rectum de sang, de pus et d'une membrane hydatique. Guérison.

OBSERVATION LVI

POTOCKI (*Bull. Soc. anat.*, Paris, avril 1886)

Il s'agit d'une femme de 28 ans, réglée depuis l'âge de seize ans ; règles très douloureuses mais régulières jusqu'à l'âge de 21 ans.

Depuis deux ans, la malade se plaint de douleurs abdominales que l'on attribue à des phénomènes de pelvi-péritonite. Quelques mois plus tard, accidents péritoniques. A l'examen, on trouve une tumeur dure, volumineuse, présentant des parties fluctuantes ; on fait le diagnostic de myome ou de tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Par le toucher vaginal, on sent une tumeur dure, arrondie, qui a refoulé le col vers la symphyse pubienne et qui remplit le cul-de-sac de Douglas.

La ponction vaginale de la tumeur donne issue à du liquide clair renfermant de nombreuses vésicules. Suppuration et mort.

A l'autopsie, on trouve des kystes hydatiques multiples adhé-

rents et nombreux intéressant le grand épiploon, le ligament large et l'ovaire gauche ; altérations considérables des reins.

OBSERVATION LVII

PUCHELT (*Arch. génér. de méd.*, Paris, 1842, I, 470-483)

Il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, qui, il y a trois jours, dut arrêter son travail parce qu'elle souffrait d'une tumeur s'étendant du coccyx au promontoire et d'un os iliaque à l'autre.

On diagnostiqua une tumeur solide et on pratiqua l'opération césarienne. Mort.

A l'autopsie, on découvrit cinq tumeurs hydatiques dans la cavité abdominale ; une dans la région hypogastrique, deux dans la région qu'occupent les trompes et les ovaires, une contre l'utérus et la dernière dans l'excavation pelvienne.

Elle avait contracté une union si intime avec le rectum, le vagin, le col et le corps de l'utérus qu'il eut été impossible de l'en séparer sans déchirer ces organes.

OBSERVATION LVIII

RENDU (*Compte rendu Société Anat.*, Paris, 1880 ; Idem : *Progrès Médical*, Paris, 30 mars 1880 ; Idem : *Union médicale*, Paris, Tome XXIX, p. 932)

« Une femme arrive dans mon service avec des signes d'obstruction intestinale et une énorme tumeur occupant les deux fosses iliaques. Je pensais à un kyste ovarique ; mais une ponction m'ayant donné un kyste limpide et non albumineux, je posai le diagnostic d'hydatides de l'abdomen qui fut vérifié à l'autopsie. Dix-huit mois auparavant, cette femme avait eu des douleurs hépatiques, puis des accidents graves de péritonite auxquels elle avait échappé ; ce ne fut que plus tard que le ventre enfla. Or, l'autopsie fit voir que le point de départ des tumeurs était dans le foie ; il y avait à la partie inférieure et postérieure du foie une vieille poche hydatique déshabitée ; j'en ai conclu que les vésicules filles avaient fait irruption dans le péritoine et s'y étaient développées isolément au nombre de plusieurs centaines. M. Charcot qui vit la pièce anatomique, fut de mon avis ».

OBSERVATION LIX

RINGS (*Inaug-Dissert.*, Bonn, 1880, 8°)

Il est question d'une femme de 48 ans dont les règles sont supprimées depuis quatorze mois.

Se plaint de dysurie, de douleurs et d'œdème des membres inférieurs.

A l'examen : tumeurs multiples particulièrement dans le foie, dans la cloison recto-vaginale et le cul-de-sac de Douglas. Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Laparotomie. Ponction d'un gros kyste. Extirpation d'un petit kyste de la trompe gauche. Ponction par le vagin. Huit jours plus tard, par la plaie vaginale agrandie, élimination de pus et de nombreuses vésicules.

A la suite d'une injection phéniquée dans la poche, la malade est prise d'aphasie et d'hémiplégie droite. Elle meurt dans le collapsus.

A l'autopsie : embolie de la sylvienne.

Nombreuses hydatides dans l'épiploon, dans le foie et le péritoine.

Hypertrophie considérable des parois vésicales.

OBSERVATION LX

ROHDE (*Arch. der Heilkunde*, 1876, p. 59)

L'auteur relate le cas d'une femme âgée de 35 ans, dont les règles sont supprimées depuis dix-huit mois.

Météorisme et douleurs abdominales, œdème des membres inférieurs. Vomissements. Toux. Dyspnée.

Dilatation des veines sous-cutanées du ventre ; élimination des membranes hydatiques par la bouche et l'anus.

Evacuation d'une grande quantité de liquide par quatre ponctions successives. Mort.

A l'autopsie, on trouve dans le foie, la rate, le cœur, le poumon, la paroi abdominale antérieure et dans le péritoine du Douglas, des tumeurs à échinocoques.

OBSERVATION LXI

SADLER (*The medical Times and Gazette*, London, 1864, vol. II, p. 141)

Jeune femme de 21 ans, primipare, dont l'excavation pelvienne est occupée par une tumeur très dure.

Diagnostic : exostose du sacrum.

Opération césarienne huit jours après le début du travail. Mort de la mère et de l'enfant.

A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique énorme dans la région du foie descendant dans l'excavation pelvienne.

La femme était sûrement infectée avant l'opération.

OBSERVATION LXII

SCHATZ, in : SONNTAG (*Inaug-Dissert.*, Halie, 1889, 8°)

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui souffre de dysurie, de polyurie et de constipation opiniâtre.

A l'examen, le vagin est en partie rempli par une tumeur qui siège exactement entre le vagin et le rectum et s'étend de la partie moyenne du vagin jusqu'au col utérin.

A l'aide de deux ponctions, on diagnostique un kyste hydatique. Incision et drainage. Guérison.

OBSERVATION LXIII

SCHRŒDER in : FREUND (*Gynäkol. Klinik*, Strasbourg, 1885, t. I)

Une femme âgée de 27 ans, primipare, souffre depuis un an de douleurs abdominales.

Le ventre a augmenté de volume.

L'utérus est entouré, de tous côtés, de tumeurs fluctuantes ; les postérieures, remplissant le cul-de-sac de Douglas, sont solidement enclavées.

Laparotomie : on enlève quatre vésicules hydatiques avec la majeure partie de leur enveloppe conjonctive.

Quatre ans plus tard, la malade revient ; le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse tumeur hydatique. On l'extirpe par une incision vaginale.

Drainage de la cavité. Guérison.

OBSERVATION LXIV

SCHRŒDER in : FREUND (*Gynäcol. Klinik*, Strasbourg, 1885, t. I)

Une femme de 22 ans, au troisième mois d'une première grossesse, porte derrière l'utérus, une tumeur solidement adhérente au bassin, au-dessus de laquelle on sent les annexes gauches fortement tendus.

On ne sent pas l'ovaire et la trompe du côté droit. La tumeur simule un kyste ovarique enclavé.

Laparotomie : les deux ovaires sont comprimés entre la matrice et le kyste hydatique.

Ablation difficile de la tumeur. Guérison.

OBSERVATION LXV

SCHWARTZ in : DERMIGNY (*Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, Thèse de doct.*, Paris, 1894, obs. I)

Louise B..., blanchisseuse, âgée de 18 ans, entre à Cochin le 23 janvier 1894. Rougeole dans son enfance, réglée à 16 ans, mais pertes tous les trois ou tous les six mois. A toujours eu le ventre assez développé.

Depuis trois mois, douleurs abdominales avec pesanteur du côté gauche. Elancements s'irradiant surtout vers les régions lombaires.

Les souffrances étaient plus intenses après une fatigue quelconque.

Il y a deux mois, rétention d'urine qui disparut pour reprendre huit jours après. Bains de siège et traitement qui permirent à la malade d'uriner seule.

Depuis le 22 janvier, miction et défécation très difficiles.

Vomissements, surtout après le repas du soir.

Les dernières règles ont eu lieu le 10 décembre 1893.

Après avoir vidé la vessie, par le toucher vaginal on constate que le col de l'utérus est refoulé derrière la symphyse pubienne et regarde en haut.

Le cul-de-sac postérieur bombe dans le vagin.

Par le palper et le toucher combinés, on découvre derrière l'utérus, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante et indépendante de la matrice.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve une petite grosseur plus dure qui semble être l'ovaire.

Le toucher rectal montre que la tumeur est élastique, uniforme et lisse.

Diagnostic : Kyste du cul-de-sac de Douglas.

Le 27 janvier, ponction par le vagin, de la tumeur située dans le cul-de-sac postérieur, à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy (aiguille n° 2). Ecoulement de 750 gr. d'un liquide clair comme de l'eau de roche, mais contenant des crochets.

Dix jours après l'opération, la malade urine seule.

Le 11 février, elle sort guérie. Elle conserve encore de la polyurie claire, par distension des voies urinaires supérieures. Régime lacté.

Revue le 24 mai, la guérison est complète : la polyurie a disparu.

OBSERVATION LXVI

SEYDEL (*Cong. des sciences méd.*, Königsberg, 1879, 8°)

Chez une juive de 19 ans, on trouve une série de kystes hydatiques de l'épiploon coexistant avec un gros kyste unique situé dans le tissu cellulaire, entre l'utérus et le rectum.

Le sujet, par suite de cette tumeur rénitente, élastique, située derrière l'utérus avait présenté des symptômes d'obstruction intestinale.

Dans les derniers temps, la malade avait eu une diarrhée incoercible. Pendant cinq jours, anurie provoquant l'œdème des membres inférieurs et un peu de fièvre.

Ponction de la grosse tumeur permettant de sentir les tumeurs plus petites, légèrement mobiles autour d'elle.

Mort, peu de temps après, des suites du choléra.

A l'autopsie, on trouve cinq kystes de la grosseur d'un œuf de poule, suspendus à l'épiploon, avec pédicule excessivement long et mince.

OBSERVATION LXVII

SONNTAG (Meier). — (*Inaug-Dissert., Halle*, 1889, p. 10)

Il s'agit d'une femme de 38 ans, VIIpare, dont les règles ont vives douleurs dans le côté gauche du ventre. Frissons répétés, constipation opiniâtre.

Depuis quinze jours, la malade a dû s'aliter. Amélioration passagère suivie d'une aggravation persistante.

Le 19 juillet 1889, entre à la clinique du professeur Kaltinbach.

A l'examen : tumeur de grosseur moyenne, rénitente et élastique, occupant la moitié inférieure de l'abdomen. Le col utérin est petit.

La matrice semble avoir sa forme et sa consistance normales ; elle est repoussée en haut, contre la paroi antérieure de l'excavation pelvienne, par une tumeur développée derrière l'utérus.

Celle-ci, un peu moins grosse qu'une tête d'adulte, tendue et nettement fluctuante, abaisse profondément le cul-de-sac postérieur et semble appliquée contre la face postérieure du col. Le toucher rectal permet de sentir dans le Douglas, une tumeur fluctuante, complètement immobile.

Du côté gauche : forts tractus se dirigeant vers la région sacro-coccygienne. Tension et épaississement des ligaments utéro-sacrés. On ne sent pas les ovaires.

Diagnostic : Kyste ovarique avec torsion du pédicule.

25 juillet, laparotomie. Enucléation pénible de la tumeur qui est solidement fixée dans le petit bassin.

Ponction donnant issue à un liquide clair comme de l'eau. En repoussant le kyste par le vagin et le rectum, on réussit après bien des efforts, à détruire les adhérences qui l'unissent à la face postérieure du corps utérin et à la paroi antérieure du rectum.

Après l'énucléation du kyste, on constate que la tumeur située dans le tissu cellulaire du petit bassin, a refoulé le feuillet postérieur du ligament large gauche, le péritoine du cul-de-sac de Douglas, celui de l'utérus et du rectum. Ces revêtements séreux forment l'enveloppe externe du kyste. Après ablation de ce dernier, le péritoine manque sur le rectum et sur presque toute la face postérieure de l'utérus ; une partie du feuillet postérieur du ligament large a disparu. Il n'y a plus d'espace de Douglas, il est remplacé par une grande et anfracteuse cavité.

Les annexes droites sont enlevées. Extirpation de la trompe à gauche ; l'ovaire est laissé en place.

Fixation par quelques points à la soie, des lambeaux régularisés du péritoine contre la face postérieure de l'utérus.

Ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur pour permettre le drainage de la cavité avec des mèches iodoformées. Suture de la plaie abdominale.

Au bout de 48 heures, on retire les mèches. Réunion par première intention. La malade quitte la clinique le 17 août. Le kyste enlevé est plus gros qu'une tête d'enfant, sa paroi est formée d'une couche externe, fibreuse, et d'une interne, transparente, formant la membrane hydatique. A l'intérieur du kyste : vésicules-filles dont quelques-unes sont vides.

A l'examen microscopique, la membrane est striée et stratifiée ; on trouve une tête entourée de crochets.

OBSERVATION LXVIII

THORNTON (K.). (*Med. Times and Gaz.*, London, 1878).

Il est question d'une femme de 32 ans qui, trois ans plus tôt, ressentait une pesanteur abdominale avec augmentation de volume du côté droit du ventre. A l'examen, on crut à un corps fibreux utérin.

Depuis lors, augmentation des symptômes locaux, cachexie générale. Aggravation de la maladie depuis le début de la grossesse qui remonte à cinq mois.

A gauche de l'abdomen, large tumeur globuleuse formée par l'utérus gravide (on entend battre le cœur du fœtus et on sent tous ses mouvements). A droite, et un peu en avant de lui, on trouve plusieurs tumeurs sphériques, mobiles sur l'utérus en même temps que les unes sur les autres. Une de ces tumeurs située au-dessus du pubis, donne une vague sensation de fluctuation. Un amas de petits corps ronds qui paraissent ne tenir ni aux tumeurs intra-abdominales, ni à l'utérus, remplit le bassin. Une petite tumeur élastique de la grosseur d'une noix et paraissant fixée au sacrum, se trouve un peu à droite de la masse principale pelvienne dont elle est parfaitement distincte. Col utérin et vagin normaux.

Intervention chirurgicale : l'incision, pratiquée comme pour l'ovariotomie, montre une poche purulente adhérente aux parois abdominales.

Après l'avoir excisée et vidée il apparaît que les diverses tumeurs provenaient de kystes hydatiques répandus dans les cavités pelvienne et abdominale.

Les uns sont enlevés de la région vésicale à laquelle ils adhèrent par un pédicule, après ligature de leur insertion ; les autres, qui se trouvent sur l'épiploon, sont extirpés avec une partie de celui-ci.

Cependant on dut respecter le kyste isolé adhérent au sacrum ainsi que quelques-uns des kystes situés à droite de l'abdomen.

Guérison complète.

OBSERVATION LXIX

TISSIER et DESFOSSES. (*Bull. Soc. de gynéc.*, Paris, 1897)

Il s'agit d'une femme, âgée de 36 ans, primipare, qui fut soignée, en 1879, pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu ; le rétablissement fut rapide.

Devenue enceinte dès les premiers jours de mai dernier, la femme voit sa grossesse évoluer sans complications ; le 24 décembre, elle est prise de douleurs abdominales très vives accompagnées de vomissements incessants.

Le travail s'arrête subitement, et la malade, très faible, perdant le sang par la vulve, est conduite à l'hôpital.

A l'examen, on trouve le ventre extrêmement distendu, mamelonné de saillies nombreuses, irrégulières et de consistance demi-dure. En présence de l'état grave de la mère, on termine l'accouchement le plus rapidement possible. Application infructueuse de forceps ; la version permet l'extraction, la tête dernière, d'un enfant mort.

Après la version, la main introduite dans les voies génitales, permet de constater l'existence d'une rupture utérine, datant de 18 à 20 heures, et de tumeurs arrondies, de dimensions variables, faisant penser d'abord à une dégénérescence môlaire ; mais une des tumeurs, attirée à la vulve et incisée après ligature du pédicule fait porter le diagnostic de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale avec dégénérescence utérine et rupture de la matrice au cours du travail.

Laparotomie ; devant l'état grave de la malade, l'opération ne peut être exécutée et la patiente ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, on trouve des kystes hydatiques multiples du grand épiploon, remplissant la cavité abdominale, entourant le fond de l'utérus et envahissant tout le ligament large à gauche ; un gros kyste ayant les dimensions du poing bombe dans le cul-de-sac de Douglas et repose sur la partie médiane du segment inférieur et postérieur de l'utérus et sur la cloison recto-vaginale. Large rupture utérine.

OBSERVATION LXX

TROUSSEAU. (Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu, Paris, t. III, p. 661, 5e édit.).

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, mal réglée, qui, à la

suite de pertes menstruelles incomplètes, fut prise de violentes douleurs abdominales.

Quelques mois plus tard, elle ressentit de vives douleurs dans le petit bassin.

Par le toucher vaginal, on reconnut que l'utérus était entièrement refoulé contre la symphyse pubienne ; en arrière de la matrice, tumeur grosse comme le poing ; le rectum semblait faire corps avec la tumeur ; le toucher rectal était excessivement douloureux.

La douleur empêchait la défécation et les besoins d'uriner étaient fréquents.

Trousseau diagnostique une hématocèle rétro-utérine ; mais, dix jours après le début des accidents, ténesme anal, avec écoulement de matière sanieuse par le rectum.

Affaissement de la tumeur, suivi quelques jours après de l'expulsion d'une fausse membrane blanche, molle et lisse, ce qui fit penser à un kyste hydatique enflammé et éliminé par ulcération.

Trousseau fut d'avis que ces membranes kystiques dépendaient de kystes hydatiques suppurés dans le petit bassin.

OBSERVATION LXXI

VILLARD (*Ann. de Gynéc.*, Paris, 1878, p. 102)

Marie B..., âgée de 32 ans, est mère de quatre enfants ; tous ses accouchements ont été normaux, le dernier a eu lieu il y a 3 ans. Bien réglée. Il y a sept semaines, les règles ont eu quinze jours de retard et elles ont été moins abondantes qu'à l'ordinaire. Elles ont été accompagnées de céphalalgie, de douleurs lombaires et hypogastriques très violentes et de vomissements bilieux.

Persistance de ces phénomènes malgré l'application de vésicatoires et les narcotiques ; la malade dut s'aliter.

Le 3 janvier, à l'examen : décubitus dorsal, altération des traits, ictère généralisé. Le pouls bat 120 fois par minute. Vomissements bilieux fréquents. Langue un peu rouge. Céphalalgie ; douleurs lombaires, pesanteur dans le bas-ventre mais sans élancements. Faiblesse extrême par suite des pertes continuelles, qui ont lieu depuis un mois, quoique peu abondantes, d'un sang noirâtre. La malade urine peu et difficilement ; constipation. Tuméfaction profonde occupant le petit bassin et remontant jusqu'au foie. On délimite facilement deux tumeurs : une en avant, médiane, dure, non douloureuse, paraissant être l'utérus

projeté en avant ; la seconde, plus profonde, douloureuse à la pression et siégeant surtout dans l'hypocondre droit. Par le toucher vaginal : col appliqué directement derrière le pubis ; en arrière du col on sent une tumeur arrondie, fluctuante occupant tout le cul-de-sac postérieur. Le toucher rectal combiné au toucher vaginal permet de sentir l'existence d'une tumeur placée entre le rectum et l'utérus refoulant le premier contre le sacrum et la seconde contre l'arcade pubienne. On pense à une hématocèle rétro-utérine.

La malade s'affaiblit de plus en plus ; déchirure du cul-de-sac postérieur avec expulsion d'une grande quantité de sang et de vésicules hydatiques. Mort.

OBSERVATION LXXII

WIENNER (*Arch. f. Gynäk.*, Leipzig, 1877, XI, 572)

Il s'agit d'une femme qui présentait de nombreux kystes hydatiques de l'abdomen et chez laquelle on avait porté le diagnostic de tumeur solide de l'abdomen. Deux de ces kystes occupaient le cul-de-sac de Douglas ; ils étaient très résistants et avaient le volume du poing.

Primipare, la malade était en travail depuis seize heures.

Par le toucher, col utérin refoulé au-dessous du détroit supérieur ; poche des eaux intacte.

Ponction du kyste par le rectum ; ponction d'un second kyste par le vagin ; rupture artificielle de la poche des eaux.

Après 22 heures de travail, on fait la cranioclasie.

Le lendemain, mort de la parturiente avec tous les symptômes de péritonite.

CHAPITRE XII

Conclusions

Les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme ne sont pas très rares.

Généralement ils sont secondaires à la rupture d'un kyste hydatique de l'abdomen (foie, rate, épiploon, etc.), le contenu tombant dans la partie la plus déclive de la cavité péritonéale et s'y greffant.

Cependant, dans quelques cas rares, les kystes de cette région peuvent être primitifs, l'infection se propageant par voie intestinale, lymphatique ou sanguine.

Deux de nos observations inédites, bien qu'elles n'aient pas été contrôlées par un examen anatomique complet, nous paraissent au point de vue étiologique et pathogénique, rentrer dans ce cadre.

Le diagnostic de ces tumeurs est des plus délicats, aucun symptôme spécial ne les décelant.

La réaction de Weinberg est actuellement le seul moyen que nous ayons de confirmer le diagnostic posé.

L'évolution du kyste est lente, mais progressive ; la tumeur tend à envahir la cavité abdominale donnant alors lieu à des accidents plus ou moins graves par compression des organes voisins ou par suppuration et ouverture.

Au point de vue de la grossesse, le kyste hydatique pelvien est une cause fréquente de dystocie.

Le pronostic de cette affection est grave, en raison

du développement fatal de la tumeur et des accidents nombreux, précités, à redouter. Il est désespéré dans le cas de multiplicité des kystes, l'intervention étant alors inefficace.

Le traitement de choix, est la laparotomie faite aussitôt que le diagnostic est posé. Deux méthodes :

1° Soit réduire la tumeur dans l'abdomen, après l'avoir vidé et formolé, sans drainage.

2° Soit marsupialiser la poche si le kyste est infecté ou si ses adhérences sont trop nombreuses.

En cas de grossesse, si le kyste est cause de dystocie, le ponctionner ou l'inciser par le cul-de-sac vaginal postérieur.

Vu : Le Président de Thèse,

PAUL SEGOND.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Vu : Le Doyen,

D. LANDOUZY.

Bibliographie

ALBERT (F.). — Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale ; traitement. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1887-8, 63 pages).

ALLEN. — Hydatic of pelvic cavity. (*Austral. M. J.*, Melbourne, 1882, n. s., IV, 160).

AMAUN. — Ekinokokken im Beckenbindegewbe. (In. Martin (A), Die Krankheiten des Beckenbindegewebes, Berlin, 1906, 8°, p. 350).

AMEUILLE. — Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen. (*Bull. et mém. Soc. anat.*, Paris, 1906, LXXXI, 485).

BAR. — *Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris*, t. III, 1900, p. 271. (Séance du 5 juillet).

BAR et DAMBRIN. — De la dystocie par kystes hydatiques du bassin. (*Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1901, IV, 294-331).

BARRET. — Acéphalocystes de la rate et du bassin. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1828, III, 228-232).

BENOIT. — Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1897, n° 282, 60 pages).

BERGERON (A.). — Tumeur hydatique du petit bassin. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1869, XLIV, 136-137).

BIRNBAUM. — Fall von vielkammeriger Echinococcusgeschwulst, als Geburtshinderniss. (*Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkrankh.*, Berlin, 1864, XXIV, 428-432).

BITTER. — *Inaug.-Dissert.*, Greifswald, 1886, in-8°.

BLONDEAU. — Ponction hypogastrique ; tout le petit bassin était rempli par une tumeur hydatique. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 1849, XXIV, 19).

BOISSARD et COUDERT. — Dystocie par un kyste hydatique du bassin lors de deux accouchements. (*Bull. Soc. d'Obst.*, Paris, 1901, IV, 9-16).

BOUILLY. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin ; laparotomie ; ablation. (*Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1887, n. s., XIII, 454 ; 475).

BOULEY. — Kyste hydatique multiloculaire du petit bassin ; adhérences multiples avec les organes avoisinants :

intestin, utérus, vagin, etc., adhérence de la vessie et incontinence d'urine : oblitération presque complète du vagin. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, 181, LVI, 258--261) ; id. (*Progrès méd.*, Paris, 1881, IX, 775).

Bril-Lazarevitch. — Ein Geburtsfall komplicirt mit Echinokokkensacken in den Uteruswanden und dem Douglas'schen Raum (*Vratch*, St-Pétersb., 1862, n° 10). Analyse in : (*Centralbl.* f. Gynäk, 1882, p. 399).

Brose (P.). — Zur Lehre von den Echinococcen des weiblichen Beckens. (*Inaug.-Dissert.*, Göttingen, 1882, 8°).

Brose. — Ein Fall von Beckenechinococcus. (*Berl. klin Wchnschr.*, 1905, XLII, 159).

Bryant (T.). — Case of hydatid cyst developped in the pelvis causing retention of urine and constipation ; succesful removal of upwards of three quarts of hydatids. (*Lancet*, London, 1865, II, 589). Idem : (*Tr. Path. Soc.*, London, 1865-6, XVII, 278-283).

Budor. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen et du bassin. (*Bull. Soc. anat.*, Paris, janvier 1887).

Burke. — *Australian med. Journ.*, 1880, t. II, p. 42.

Cazin et Peyrot. — *Soc. de chir.*, Paris, 7 mars 1900.

Charcot. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Mém. Soc. de Biol.*, Paris, 1852, IV, 101).

Charcot. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Gaz. méd. de Paris*, 1852, 3. s., VII, 540 ; 624 ; 639).

Charcot (J.-M.). — [Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin]. In : Œuvres complètes, Paris, 1889, 8°, VIII, 215-246.

Clado. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1886.

Courty (A.). — [Kystes hydatiques du bassin]. In : Article : Bassin (pathologie du :) (*Dict. d. sc. méd.*, [Dechambre] VIII, 1re part., 554).

Cranwell (D.-J.). — Les kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. (*Rev. de gynéc. et de chir. abd.*, Paris, 1907, XI, 599-634, 2 pl.).

Davaine (C.). — Traité des entozoaires et des affections vermineuses de l'homme et des animaux domestiques. (Paris, 1877, 2e édit., 8°).

Delacourt (E.). — De la dystocie par kystes hydatiques du bassin. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1901-2, 8°, n° 93, 75 pages).

Dermigny. — Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1894, n° 317, 8°).

Dévé. — *Thèse de doct.*, Paris (18 juillet 1901).

DOHRN. — Ein Fall von Echinokokken in der Bauchhöhle, *Centralbl. f. Gynäk.*, Leipz., 1886, X. 115).

DOLBEAU. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Bull. Soc. de méd. de Paris*, (1867), 1868, III, 52-158).

DOLÉRIS. — Kystes hydatiques du bassin chez la femme ; salpingite double à échinocoques. (*Annales de Gynécologie*, *Paris*, 1896, I, 97-116). Idem : *Bull. et mém. Soc. Obst. et Gynécol. de Paris*, 1896, 70-94. Idem : *J. de méd. de Paris*, 1896, L. s. VIII, 247 ; 2256 ; 271).

FAURE (J. L.). — In : Pétron. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin. (*Thèse de doct.*, Paris, 1900, 8°).

FERVAL (A.). — Des kystes hydatiques du bassin intra-péritonéaux primitifs ou secondaires. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1899-1900, 8°, n° 335).

FRANTA. — Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie (*Ann. de gynécol. et d'obst.*, Paris, 1902, LVII, 165-197 ; 296 ; 420 ; LVIII, 401).

FREUND. — Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. (*Arch. f. Gynäk.*, Berlin, 1879, XV, 254-256).

FREUND (W. A.). — Die Echinococcenkrankheit im weiblichen Becken In : *Gynäkologische Klinik*, Strasburg, 1885, I Bd, (p. 299-326 ; 366-368), 8°, 702 p.

FREUND (W. A.). — and *Chadwick* (J. R.). Four cases of echinococci in the female pelvis. (*Am. J. Obst.*, N. Y., 1874-5, VII, 668-679).

GEBHARDT (P.). — Ueber einen Fall von Echinokokkensack als Geburtshinderniss. (*Inaug.-Dissert.*, Greifswald, 1876, in-8°).

GEISSEL. — (*Deutsche méd. Wochensch.*, 1877, n° 43).

GÉRARD (F.) — Des kystes hydatiques du péritoine (Paris, 1876, in-4°, *Thèse de Doctorat*, n° 352).

GINZBOURG. — (*Medicinskoie Obozrenie*, St-Pétersb., 1884, n° 6, 553).

GŒTZ. — (*Inaug.-Dissert.*, Strasburg, 1881, 8°).

GRAHAM (J.). — Hydatid disease in its clinical aspects (Edimburg and London, 1899, in-8°, X, 203 p. (p. 86).

GUYON. — Les kystes hydatiques pelviens (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris, 1905, XXIII, 100-102).

HABERSHON. — Kyste hydatique rétro-vésical simulant la vessie distendue. (*Med. Times and Gaz.*, London 2 juin 1860).

HALLDORSSON. — Cité in : (Jonassen. Echinokoksygdommen 1882, p. 94).

HARTMANN (H.). — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine. (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, Paris, 1904, XXII, 605-609).
(*Arch., f Gynäk.*, Berlin, 1877, vol. XII, p. 163-165).

HAUSSMANN. — Ueber Echinococcen als Geburtshinderniss.

HAVAGE (A. E.) — Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, du rein, des épiploons et du petit bassin, obstruction intestinale, compression de la veine-cave inférieure.

JABOULAY. — In : Monéger. (*Thèse de doct.*, Lyon, 1892-3).
Progrès méd., Paris, 1880, VIII, 433).
Lancet, London, 1896, II, 1457).

HERMANN (G.). — A case of pelvic hydatid forming a retro uterine tumour and causing retention of urine.

JONASSEN-JONAS. — (Observ. inédite communiquée à Franta par une lettre du 15 oct. 1897).

JONNESCO (T). — Kyste hydatique pelvien. (*Bull. et mém. Soc. de chir.*, Bucarest, 1904-5, VII, 73).

KUCHENMEISTER. — In Birsch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathologische Anatomie (Leipzig, 1877, in-8°).

KUCHENMEISTER-WINCKEL. — Die thierischen Parasiten. (Leipzig, 2e édition, p. 213).

KUTE (I). — Drei Fälle von Ehinococcustumoren der Organe der Bauchhöhle, welche zur Verwechslung inct. Eierstockskystomen veranlassung gegeben haben (*Inaug. Dissert.*, Halle-a-S., 1881, in-8°).

LANCEREAUX. — In : Gérard. (*Thèse de Doct.*, Paris, 1876).

LAVIGNE SAINTE-SUZANNE (de). — Etude des kystes hydatiques du bassin. (*Thèse de Doct.*, Bordeaux, 1893-4, n° 1, 8°).

LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires. (Traduction française, Paris 1886, n° 45-225, in-8°, X 479 p.).

LAZAREVITCH (J P.). — (Traité des accouchements) (en russe) St-Pétersbourg, 1892 (tome II, p. 153), 2e édition, 2 vol. in-8°).

LÉTIENNE. — Médecine moderne, Paris, 1894, p. 372.

LEUDEL. — (*C. r. Soc. de biol.*, Paris, 1856, III, 59).

LHUILIER. — De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du petit bassin. (*Thèse de doct.*, Paris, 1902-3, n° 488).

MARTIN. — *Breslauer ærztl. Zeitschr.*, 1879, page 404).

MARTIN. — *Soc. gyn. de Berlin*, 11 janvier 1899).

MASSERON (Philippe). — Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. (*Thèse de doct.*, Paris, 1882, n° 324, 224 pages).

MAYER (A). — Ein Fall von Echinococcus in Beckenbindgewebe. (*Inaug.-Dissert.*, Giessen, 1900, 8°).

MEIER-SONNTAG (F). — Ueber Echinococcus in weiblichen Becken. — (*Inaug. Dissert.*, Halle a. S. 1889).

MEYER. — Beobachtung von einem Kaiserschnitt. (*Museum der Heilkunde*, Zurich, 1794, II, 211).

MONÉGER (J.). — Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. (*Thèse de Doct.*, Lyon, 1892-3, 4°).

MONOD. — (*Soc. de chir.*, Paris, 23 mai 1894).

MORAND. — Observations sur des sacs membraneux pleins d'hydatide sans nombre, attachés à plusieurs viscères du bas ventre et découverts par l'ouverture d'un cadavre (*Hist. Acad. roy. de sc.* (de Paris), 1722, Amst., 1727, Mém. 215, 224, 2 pl.).

MURCHINSON (C.). — Hydatid tumors of the liver ; their dangers, their diagnosis ann their treatment. (Edinburgh, 1865, in-8°, 62 p.).

MURCHINSON (C.). — Leçons cliniques sur les maladies du foie. (Paris, 1878, (traduction française), in-8°, XII, 660 p.).

NEYRET. — Des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous péritonéal du petit bassin. (*Thèse de doct.*, Paris, 1863, in-4°).

NICAISE et SALOMON. — Kystes hydatiques du petit bassin ayant dédoublé la cloison recto vaginale (*Bull. et mém. Soc. anat.*, Paris, 1900, LXXV, 909).

OROFF (V. N.). — (Echinocoque du pelvis de la femme diagnostic et traitement). (*Russk. Vrach.* St-Pétersb., 1905, IV, 81, 85). Traduit in : *Médecine scientifique*, Paris, 1905, XIII, 99-102).

OSBORN. — Hydatides utérines. (Observations sur un cas d'). (*British. med. journ.*, London, oct., 1862).

PARK. — Observations ou tumours within the pelvis occasioning difficult. parturition. (*Transact. Med.-Chir. Soc.*, London, 1817, II, 298).

PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Paris, 1895, in-8°, tome II, p. 1228-1230).

PÉAN. — (*Journal de méd.*, Paris, 1897, 28 novembre).

PINARD (A.). — Dystocie produite par la présence d'un kyste hydatique, remplissant l'excavation du bassin ; tumeurs multiples ; ponction, infection puerpérale ; mort de la mère. (*J. des sages-femmes*, Paris, 1887, XV, 249-251).

PINARD. — Kystes hydatique multiples compliquant l'accouchement (*Ann. de gyn.*, Paris, XXIX, 241-255, pl.).

PORAK. — Des kystes hydatiques du petit bassin au point de vue de la dystocie (*Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1884, 137-138 ; 157-160 ; 174-178 ; 206-208).

Potocki (J.). — Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne ; kyste principal, développé aux dépens de l'ovaire gauche ; ponction, suppuration ; incision, mort. (*Bull. Soc. anat.* de Paris, avril, 1886, LXI, 336-344).

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire. (Paris, 1907, vol. II, 4e édit., 1049-1050).

Puchelt (B. R.). — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus, etc. — (Heidelbergse, 1840, 8° (p. 213), XIV, 239 p., 2 pl.).

Puchelt (B. R.) — Des tumeurs du bassin considérées comme obstacle à l'accouchement. (Rev.). (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1842, 1, 470-483).

Quain (M.). — Kyste hydatique du bassin ; ponction par le rectum ; suppuration du sac ; guérison. (*University-College Hosp*). Idem : (*Med. Times a. Gaz.*, London, 19 mai 1860).

Rendu. — *Compte-rendu Soc. Anat.*, Paris, 1889. Id : *Prog. méd.*, Paris, 30 M. 1880).

Rings. — (*Inaug.-Dissert.*, Bonn, 1880, 8°).

Rivière (A.). — Kystes hydatiques du petit bassin et laparotomie. (*Lyon méd.*, 1892, LXIX, 223-226).

Roche (F.). — Quelques localisations rares de l'échinocoque ; appareil digestif ; système nerveux ; séreuses, appareil circulatoire ; voies urinaires. (*Thèse de Doct.*, Lyon, 1897, 4°).

Rhodé. — (*Arch. d. Heilkunde*, 1876, p. 59).

Rosthorn (von). — Echinokokken des Beckenbindegewebes, in : J. Veit. Handbuch der Gynäkologie. (Berlin, t. III, 1re part., p. 184).

Rupp (J.). — Ueber Echinokokkus in Beckenbindegewebe (*Inaug.-Dissert.*, Berlin, 1905).

Sadler (M. T.). — Case of Cœsarean section, birth obstructed by enormous hydatid cyst of liver (of mother). *Med. Times a. Gaz.*, London, 1864, II, 141). — Analyse in : (*Monatschr. f. Geburtsh u. Frauenkrankh.*, Berlin, 1865, XXV, 73-74).

Sawkins (F. J. T.). — Two cases of pelvic hydatid causing retention of urine. (*Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1893, XII, 363).

Sawkins (F. J. T.). — Two cases of large pelvic hydatid, one in a male other in a female patient ; operations and recovery. (*Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1908, XXVII, 179).

Schatz. — Die Echinococcen der Genitalien und des kleinen Beckens beim Weibe (Stuttgart, 1885 in-8°).

SCHMIDT (F.). — Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. (*Inaug.-Dissert.* Halle, a S. 1893, 8°).

SCHRŒDER. — in : Freund, (*Gynäkol. Klinik*, 1885, Strasbourg, t. I).

SCHWARTZ. — in : DERMIGNY (*Thèse de doct.*, Paris, 1891, observation I).

SEYDEL. — (*Cong. des sciences méd.* de Königsberg, 1879, 8°).

SILLER (F.). — Multipler Echinococcus des Peritoneum und des Beckenbindegewebes (*Centralbl. f. Gynäk.*, Leipzig, 1901, XXV, 1305-1309).

SONNTAG (Meier). — (*Inaug.-Dissert.*, Halle, 1889, p. 10).

SOUPAULT (M.). — Des kystes hydatiques du péritoine. (*Gaz. des hôp.*, Paris, 1895, LXVIII, 861-868).

THORNTON (J. K.). — Removal of hydatide of the omentum and from the pelvis. (*Med. Times and Gaz.*, London, 1878, II, 56-567).

TISSIER et DESFOSSES. — Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans ; généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus ; grossesse évoluant jusqu'au terme ; rupture utérine au cours du travail ; mort. (*Bull. et mém. Soc. obst. et gynécol.* Paris, 1897, 9-12).

TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu (Paris, 5e édit., tome III, p. 661).

TUFFIER. — De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques dans la région rétro-vésicale. (*Congrès français de chir.*, Paris, (Proc.-verb.), 1891, V, 569-577).

VILLARD (F.). — Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. (*Ann. de gynéc.*, Paris, 1878, IX, 101-108).

WIDAL. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 28 juillet 1876). Idem. (*Union méd.*, tome XXII, 1876, p. 553).

WIENER. — Ueber Echinococcusgeschwulste des Beckens, als Geburtshinderniss. (*Arch. f. Gynäk.*, Leipzig, 1877, XI, 572).

WINCKEL (F.-H.-L.-W.). — Lehrbuch der Geburtshilfe. (Leipzig, 1893, 2e édition, in-8°, XII, 898. [p. 507].).

Table des Matières

Introduction 9

Historique 12

Anatomie Pathologique 16

Etiologie et Pathogénie 25

Symptômatologie 32

Evolution 39

Complications 42

Pronostic 54

Diagnoctic 56

Traitement 68

Observations 72

Conclusions 121

Bibliographie 123

Imprimerie spéciale H. Chacornac
9, Rue de l'Eperon, Paris